التأهيل المهني

لذوي الاحتياجات الخاصة

د. عادل يوسف أبو غنيمة



دار الفجر للنشر والتوزيع

مقدمة

تُعَدُّ عناية أيٍّ مجتمعٍ من المجتمعات بذوي الاحتياجات الخاصَّة هي المعيار الذي نستطيع أن نحكم من خلاله على مدى تقدم هذا المجتمع. ولقد كانت النظرة القديمة ترى أن هذه الفئة من المجتمع لا أمل يرجى من ورائها ، فكانوا يعيشون في جو من الشعور بالخيبة والإحباط، وكانوا يحتلون مشكلة من المشاكل الاجتماعية الخطيرة وتلازمها مشاكل اجتماعية أخرى لها خطورتها على المجتمع كالتسول والإجرام والتشرد وغيرها.. ومع تطور الفكر الإنساني والديمقراطي بدأت هذه الفئة تأخذ حقها الطبيعي في الرعاية والتوجيه والتأهيل ولذلك تحولت هذه القوى والإمكانيات البشرية المعطلة إلى قوى منتجة ساهمت في عملية الإنتاج .

وقد يتعرض الإنسان في مراحل حياته للإصابة أو المرض أو العجز، الأمر الذي سوف يعود عليه بنتائج وآثار سلبية تحول دون قدرته على تلبية احتياجاته الشخصية. وقد لاتقف هذه الآثار عند هذا الحد ، بل قد يتسع نطاقها لتشمل حياته النفسية والاجتماعية والتعليمية والاقتصادية والوظيفية ، مما سيؤدي إلى اختلال في الوظائف والأدوار الاجتماعية المتوقعة منه.

وليس من شك في أن عدد هذه الحالات يزداد باطِّراد خاصَّة في مجتمعنا العربي نظرًا لوجود العديد من المعوقات وأشكال القصور، سواء في برامج الرعاية أو في بعض المظاهر السلوكية التي تعبر إما عن خلل في استخدام وسائل الحياة الحديثة ، والتي يفترض أن تساعد الإنسان في أداء وظائفه وتيسر له وتعينه على تحقيق متطلباته الحياتية ، أو في بعض مظاهر التخلف الثقافي والاجتماعي التي لايزال البعض يمارس طقوسها في سبيل مواجهة بعض المشاكل.

إن مظاهر العجز التي يمكن أن تصيب الإنسان سواء في مراحل تكوينه الأولى أو تلك التي يمكن أن تنتج أثناء عملية الولادة أو بعدها أو في مراحل متقدمة من العمر، تتطلب من المجتمعات التركيز على جوانب تأهيله حتى لا يتحول العجز إلى إعاقة تحول وتمنع الإنسان من أن يعيش حياة طبيعية ومن أن يستفيد مما تبقى له من قدرات وإمكانات في أداء وظيفة مناسبة تحقق له ذاته وتجعله إنسانًا قادرًا على العطاء بدلاً من أن يكون عالة على المجتمع وقوة معطلة فيه.

ومن هنا فقد حاولت في هذا الكتاب أن أعرض لهذه القضية بشيء من التفصيل، مستقصيًا جوانبها المختلفة، ومحاولاً أن أقدِّم للمهتمين بهذه الفئة المهمة من فئات المجتمع، ولذويهم ومعلميهم ما يعينهم على الوصول إلى الغاية التي تحقق لهم ولمجتمعهم السَّلام النفسي والمعيشي، وهي تأهيلهم الاجتماعي والمهني.

وقد جاء الكتاب في أربعة فصول يسبقها تمهيد، على النحو التالي:

التمهيد: واشتمل على نبذة تاريخية عن تأهيل المعاقين،وأسباب الإعاقة، والمدخل النظري لفهم الإعاقة،وأخيرًا مفاهيم أساسية في مجال ذوي الاحتياجات الخاصَّة والتأهيل..

الفصل الأول: التأهيل المهني للمعاقين.

وجاء في مبحثين:

المبحث الأول: الآثار المترتبة على العجز، وتشمل:

١. الآثار المتصلة بالوظائف البدنية ومطالب الحياة اليومية (القصور في الأداء).

٢. الآثار المتصلة بالجوانب النفسية.

٣. الآثار المتصلة بالجوانب الاجتماعية.

٤. الآثار المتصلة بالجوانب المهنية.

٥. الآثار المتصلة بالجوانب التعليمية.

المبحث الثاني: الإطار العام للتأهيل، ويشمل فلسفة التأهيل، وأهدافه، ومبادئه العامة والأساسية، وعوامل نجاحه، وأنواعه، وخطواته.

الفصل الثاني: حالات التأهيل ومراحله، وجاء في ثلاثة مباحث:

المبحث الأول: حالات التأهيل، وتشمل:

١- حالات التخلف العقلي.

٢- حالات الإعاقة البصرية.

٣- حالات الإعاقة السمعية.

٤- حالات الإعاقة العصبية الحركية.

٥- حالات الصرع.

المبحث الثاني: مراحل التأهيل، ويشمل مرحلة الإحالة والاستقبال، مرحلة التقييم والتشخيص والإرشاد، مرحلة التخطيط لبرنامج التأهيل، مرحلة تنفيذ برنامج التأهيل.

المبحث الثالث: أنظمة تقديم الخدمات للمعوقين، وتشمل:

أ) مراكز التأهيل.

ب) مكاتب التأهيل.

ج) المصانع الخاصة (الورش المحمية) .

د) وحدات التقويم المهني.

الفصل الثالث: الاتجاهات الحديثة في التأهيل والتنمية المستدامة، وجاء في مبحثين:

المبحث الأول: الاتجاهات الحديثة في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصّة

المبحث الأول: التأهيل والتنمية المستدامة.

الفصل الرابع: تأهيل المعاقين والواقع العربي، وجاء في مبحثين:

المبحث الأول: الإستراتيجية العربية لتأهيل المكفوفين(الصادرة عن الاتحاد العربي للمكفوفين).

المبحث الثاني: مصر والسعودية كنموذجين لتأهيل المعاقين في الوطن العربي.

أسأل الله تعالى أن يجعل هذا العمل خالصًا لوجهه الكريم، وأن ينفع به القارئ الكريم والقائمين على رعاية أبنائنا وبناتنا من أصحاب الاحتياجات الخاصة، إنه ولي ذلك والقادر عليه.

المؤلف

"تمهــيد"

ويشمل:

- تأهيل المعاقين .. نبذة تاريخية.
- أسباب الإعاقة.
- المدخل النظري لفهم الإعاقة .
- مفاهيم أساسية في مجال ذوي الاحتياجات الخاصَّة والتأهيل.

أولا: تأهيل المعاقين .. نبذة تاريخية:

عندما نتحدث عن ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام، فإننا نتجه إلى التركيز على الإعاقة، بدلا من الاهتمام بالفرد ذاته وما لديه من مميزات وقدرات خاصة؛ لذا جاءت النظرة إليه سلبية، فقديمًا كان يُنظر للإعاقة على أنها عاهة، ثم بعد ذلك صنف بحكم قرارات إدارية مما ساهم في عزلتهم وتهميش دورهم و إلصاق المسميات السلبية بهم وفي ظل المبدأ التوجيهي الذي ينادي بجعل المعاق إنسانًا طبيعيًا، وهو اتجاه اجتماعي يهدف إلى إتاحة الفرصة أمام ذوي الاحتياجات الخاصة للحياة مثل الأفراد العاديين وهذا يتطلب التعامل مع هؤلاء الأفراد على نحو طبيعي وإعطائهم الفرص ومساواتهم في الحقوق، وجعل الظروف المحيطة بهم عادية وهناك العديد من الأفكار التي تبنت وجهات نظر مختلفة وفيما يلي نعرض لبعض هذه الأفكار .

- فقديمًا أرجع الناس الإعاقة إلى قوى غيبية أو تصورات غير منطقية ومنهم من اعتبرها نذير شؤم بمقدمها إلى الحياة، أو هي دلالة على غضب الآلة، وكانت الكنيسة في أوربا تقول بأن المرض بجميع أنواعه قصاص على ما اقترفه الإنسان من ذنوب، وأن الإعاقة تقهقر فكري تضعف فيها الروح وتسير عليها المادة .

- شـهد العصـر الإغريقـي الـتخلص مـن الأطفـال المعـوقين عـن طريـق قتلـهم للمحافظة على نقاء العنصر البشري كما نادي أفلاطون في جمهوريته وكذلك الحال في إسبارطة

- أما في العصر الروماني فقد بقي مصير المعوقين بين شيخ القبيلة الذي كان بيده وحده تقرير مصائرهم اعتماداً على درجة تقدير الإعاقة إلا أنه كان يتم التخلص من المعوقين عن طريق إلقائهم في الأنهار أو تركهم على قمم الجبال ليموتوا بفعل الظروف المناخية.

- أمـا في العصـور الوسـطى بأوربـا – بمـا صـاحبها مـن مظـاهر الجمـود الفكري- فقد عملت محاكم التفتيش على اضطهادهم وإيذائهم حتى الموت بوسـائل متعـددة مـن خـلال اتهـامهم بممارسـة السـحر أو تقمـص الشـياطين لأجسامهم وبذلك فقد أصبحوا صنائع الشيطان .

- وعندما جاء الإسلام نادى بعدم التفرقة بين البشر وإقامة المساواة، كما أكد على وجوب النظر إلى الإنسان على أساس عمله وقلبه، وليس على أساس شـكله أو مظهـره. وطلـب كـفّ الأذى المعنـوي المتمثـل في النظـرة والكلمـة و الإشارة وغيرها من وسائل التحقير والاستهزاء.

ويشـير كتـاب تـاريخ "البيمارسـتانات " في الإسـلام إلى النظـرة الإيجابيـة الـتي كان ينظر بها أفراد المجتمع الإسلامي للمعوقين ومساواتهم بغيرهم إذ يُروى أن "الوليد بن عبد الملك" قد أعطى الناس المجذوبين وقال لا تسألوا الناس وأعطى كل مقعد خادما، وكل ضرير قائداً ولم يهمل المجتمع الإسلامي أمر علاج الإعاقات التي كان لها علاج معروف في ذلك الوقت. وأكد ابن القيم الجوزيه على أهمية الاهتمام بالطفولة المبكرة وتوفير الرعاية المتكاملة لها، وحث الأسرة على ملاحظة نمو أطفالها مما يسهم في الاكتشاف المبكر للإعاقة . وأشار إلى أهمية راحة الجسم من الاضطرابات الانفعالية السلوكية .

- وفي العصر الحديث اهتمت الحكومات بذوي الاحتياجات الخاصة من خلال إنشاء مؤسسات إيواء لهم وتعليمهم وتأهيلهم بصورة منعزلة ثم تطورت إلى عملية دمجهم داخل مجتمعاتهم وهذا ما نهدف إليه من هذا البحث
- ويشير بيان" سلامنكا " بشأن المبادئ والسياسات والممارسات في تعليم ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، إلى إعلان حقوق الإنسان لسنة ١٩٤٨، الذي يؤكد على حق كل فرد في التعليم وجاء المؤتمر العالمي حول التربية للجميع في ١٩٩٠ وكفل هذا الحق للجميع بغض النظر عما بينهم من فروق فردية، ونذّكر بمختلف الإعلانات الصادرة عن الأمم المتحدة، التي توجت سنة ١٩٩٣ بإصدار القواعد الموحدة بشان تحقيق تكافؤ الفرص للمعوقين.

ولاشكّ أن تاريخ رعاية وتأهيل المعاقين إنما يمثل تاريخاً للاتجاهات الاجتماعية نحوهم عبر العصور وعبر الحضارات المختلفة. ويذهب جيلمان (١٩٧٣) إلى أن تاريخ التأهيل هو تاريخ الإنسان نفسه. فلقد هبط الإنسان إلى الأرض وهو لايعرف عنها شيئًا، وكان عليه أن يؤهل نفسه ويتعامل مع بيئته الجديدة والصعبة في نفس الوقت.

وفي العصور القديمة نجد أن الإنسان كان يعيش في صراع لاهوادة فيه مع ماحوله من بيئة طبيعية وأعداء من الكائنات الأخرى وكان عليه وسط هذه الأخطار والأهوال أن يستوفي حاجاته من خلال الصيد والقنص ثم بعد ذلك بالزراعة والرعي. وربما كان من الطبيعي في تلك الحقبة المبكرة من تاريخ الإنسان أن يموت الضعفاء والمرضى لعدم قدرتهم على الحصول على حاجاتهم من الطعام أو حماية أنفسهم من أعدائهم..

وحين عرف الإنسان الزراعة والرعي سكن في أودية الأنهار وسفوح الجبال وبدأ يعرف الحياة الاجتماعية المنظمة ونمت في نفسه شيئًا فشيئًا الاتجاهات نحو أخيه الإنسان. لكن هذه الاتجاهات لم تكن في صور مماثلة أو نمط واحد، وإنما اختلفت من حضارة إلى حضارة، ومن بلد إلى آخر. وعلى حين نجد سكان الأودية

حول الأنهار في مصر والعراق(بلاد مابين النهرين) والهند والصين يتقبلون مرضاهم ويرعون معوقيهم نجد غيرهم يرفضونهم رفضاً تاماً، ويتركونهم للموت جوعاً، أو يسوقونهم إليه سوقًا. ويذكر المؤرخين أنه في مجتمع أسبرطة حيث كانت القوة البدنية من أهم القيم السائدة كانت السلال تباع في الأسواق ليوضع فيها الأطفال المشوهون حيث يلقى بهم عند قمم الجبال أو في الأنهار.

كذلك عرف مجتمع الجاهلية في الجزيرة العربية قبل الإسلام وأد البنات والذي كان أكثر شيوعًا عندما تكون البنت ذات عاهة حتى جاء الإسلام وحرَّم ذلك وسفَّه من يفعله:

{ وَإِذَا الْمَوْؤُودَةُ سُئِلَتْ . بِأَيِّ ذَنبٍ قُتِلَتْ } [التكوير ٨- ٩]

{ قَدْ خَسِرَ الَّذِينَ قَتَلُواْ أَوْلادَهُمْ سَفَهًا بِغَيْرِ عِلْمٍ وَحَرَّمُواْ مَا رَزَقَهُمُ اللَّهُ افْتِرَاء عَلَى اللَّهِ قَدْ ضَلُّواْ وَمَا كَانُواْ مُهْتَدِينَ } [الأنعام ١٤٠]

ويمكن أن نقول بصفة عامة إن المرحلة المبكرة من تاريخ المعوقين أو تاريخ الاتجاهات الاجتماعية نحوهم هي مرحلة النبذ ولا يستثنى من ذلك سوى المجتمعات الزراعية القديمة وتلك التي عايشت رسالات الأنبياء والتي كانت تدعو إلى التراحم.

اهتمام الإسلام برعاية ذوي الاحتياجات الخاصَّة:

بزغ نور الإسلام على البشرية منذ أكثر من أربعة عشر قرنًا من الزمان ليبدد الباطل وينشر الحق ويقيم الدين كله لله بدءًا بعقيدة التوحيد، وسيرًا مع كل جوانب حياة الإنسان، ولربما كان لتلك الحادثة التي وقعت لعبدالله بن أم مكتوم وهو رجل أعمى جاء إلى النبي صلوات الله وسلامه عليه، وكان عنده بعض من أكابر القوم يدعوهم إلى الإسلام فأعرض عنه، فنزلت في الصدد آيات يوجِّه فيها الله تعالى نبيَّه (صلى الله عليه وسلم) إلى أنَّ الاهتمام بذلك الأعمى الذي جاء يسعى، وهو يخشى عقاب الله أولى من التصدِّي لمن استغنى عن الإيمان بالله .

وفي الوقت الذي قاد فيه نور الإسلام المجتمعات الإسلامية لرعاية أبنائها المعوقين وحماية حقوقهم وحسن معاملتهم كانت أوروبا تغط في ظلمات الجهل وتمارس الاضطهاد ضد المعوقين وبصفة خاصة المتخلفين عقلياً ومرضى العقول باعتبارهم غير متفهمين لتعاليم الكتاب المقدس، وأنهم يعانون من مس من الشيطان.

تاريخ رعاية وتأهيل المكفوفين:

يعتبر أول كفيف نال قسطاً من التعليم القديس ديديموس الذي عاش في الإسكندرية في القرن الرابع الميلادي ولقد تمكن هذا الرجل من ابتكار نوع من الحروف الهجائية استطاع به أن ينجح في عمله كمدرس ديني لكن يبدو أن هذه الحروف لم يتعامل بها غيره فلم تجد طريقها إلى الاستخدام.

ويعتبر تاريخ المكفوفين أحد صور البؤس في تاريخ البشرية، ويمكن في دراستنا له أن نقسمها إلى الأقسام التالية:

١. فترة النبذ.
٢. فترة التسول.
٣. فترة الملجأ.
٤. فترة الاندماج والتأهيل.

١- فترة النبذ:

ومن المعتقد أن هذه الفترة استمرت في مرحلة قبل الأديان، وكذلك فإنها استمرت في المجتمعات البدائية، وربما لاتزال بعض صورها قائمة في القبائل البدائية حتى الآن في أفريقيا واستراليا، وقد كان مايميز هذه الفترة لفظ المجتمع لكل من به نقص جسمي، إذ كان يلقى بهم إلى الموت، وبصفة خاصة المكفوفين، كما مرت بعض المجتمعات الحضارية في بلاد الإغريق بهذه الفترة فنجد أن قوانين (ليوكورجوس) الإسبرطي و(سولون) الأثيني كانت تسمح بقتل المشوهين بل إنه مما يذكر أن كل من أفلاطون وإرسطاطاليس أعلنا موافقتهم على هذا العمل.

وفي روما ظل الناس أجيالاً عديدة يغرقون الأطفال المشوهين في نهر التيبر على أنه في هذه المرحلة المبكرة من التاريخ والتي تعرف بمرحلة التوازن السكاني حيث كان الموتى يتساوون في العدد مع المواليد لقسوة الظروف التي مرت بها البشرية قبل معرفة فنون الزراعة والصناعة ومن المتوقع أن يكون المكفوفون الذين لم يعاملوا هذه المعاملة القاسية قد تركوا لحال سبيلهم وسط ظروف قاسية فتعرضوا للموت بفعل الظروف الطبيعية أو عدم القدرة على الحصول على الطعام.

٢- فترة التسول:

حين كفت المجتمعات عن قتل المكفوفين والمشوهين فإنها تركتهم يلتمسون الطريق إلى حياتهم بوسيلتهم الخاصة، ولقد كانت الأديان وهي على اختلافها تحض على الرحمة وعلى عدم إيذاء هؤلاء المعاقين، هي في نفس الوقت التي منحت لهم آفاق الإحسان. لكن هذا الإحسان لم يجد طريقه إلى هؤلاء إلا حين بحثوا هم عنه، فخرجوا إلى دور العبادة يتسولون حولها، ويبحثون عن عطايا الأغنياء والرحماء، واتخذوا كل المظاهر التي تدعو إلى الشفقة وإلى الرحمة،

كان هذا حالهم في اليابان رغم أن مجموعة منهم قد وجدت لها عملاً في التدليك والعلاج البدني. وكان هذا حالهم في مصر القديمة وفي مصر العصور الوسطى، فمصر تحت حكم الكهنة قيل عنها أنها عينتهم في أعمال مكسبة ومصر في عهد المسيحية، ومصر في عهد الإسلام سمحت لهم بتعلم الدين والاشتغال به، ورغم هذا فقد أشار (هيرودوت) إلى كثرة عدد المكفوفين في مصر القديمة أما (هيسيود) فسماها بلاد المكفوفين وذكر أن المتسولين ومعظمهم من المكفوفين يخرجون من بيوتهم والأماكن التي يلجئون إليها ويتجمعون في الشوارع والأسواق والجوامع طلباً للصدقات. كذلك كانت الحال في روما أيام القياصرة حيث كان على المكفوفين أن يتسولوا إذا أرادوا الحياة، وأن التسول حرفة منظمة لها قادة، وكان المتسولون تغص بهم شوارع باريس وبالرمو وكانوا في إنجلترا طبقة تعزف الموسيقى للطبقات الوضيعة، وقد ظل المكفوفون يزاولون التسول لأجيال عديدة، ولقد ظلوا في أسبانيا يقفون عند أبواب الكنائس حتى أواسط القرن العشرين.

٣- فترة الملجأ:

لقد دفع النبذ الاجتماعي الذي ظهر منذ أقدم العصور بالمكفوفين إلى أن ينظموا أنفسهم. حينما وجدوا عدداً كافياً، وكانت حرفة التسول الأساس الذي تقوم عليه هذه التنظيمات. وفي بلاد الصين قامت أحياء خاصة بالمكفوفين في المدن الكبرى يعيشون في أكواخها ويبتاعون طعامهم مشتركاً. وفي الريف كان لهم قراهم الخاصة، وفي روسيا كونوا فرقاً غريبة تسمي نفسها بالفرق الجادة أو التي لاتضحك أبداً. وفي اليابان احترف المكفوفون مهنة التدليك، وكانوا يعدون من العمال المهرة، وكونوا لهم جمعية قوية تألقت سنة ٨٠٥ ميلادية، كما أن هناك مايدل على أن مصر القديمة والهند كانتا تعنيان بالكفيف، ومبعث ذلك أن كف البصر في هذه البلاد لم يكن أمراً نادر الحدوث.

وفي القرن الخامس جمع القديس (ليميناس) الذي كان يسكن في جبال سوريا كل المتسولين المكفوفين المجاورين له، وأسكنهم في مساكنهم صغيرة بناها لهم بالقرب من صومعة، ولقد قامت محاولات بعد ذلك امتداد لهذه المحاولة، وأصبح كل دير يضم بيتاً للصدقة.

في الإسلام نجد أن الكفيف لاقى أحسن المعاملة، ذلك أن الإسلام عالج كثيراً من النظرات الاجتماعية نحو المكفوفين، ودفع عنهم كل مايحيط نظرة المجتمع إليهم، سواء في التعليم أو في المعاملة {عبس وتولى❖أن جاءه الأعمى❖ومايدريك لعله يزكى❖أو يذكر فتنفعه الذكرى} [سورة عبس]{ليس على الأعمى حرج ولاعلى الأعرج حرج ولاعلى المريض حرج}.

ثم إن الإسلام رفع منهم الكثيرين في الشأن. فنجد أن الرسول صلى الله عليه وسلم قد استخلف عبدالله ابن أم مكتوم على المدينة كما قرر فقهاء الإسلام أن الكفيف من حقه أن يتولى المناصب المختلفة بما فيها منصب الإمام. ويعتبر الإسلام أول دين سماوي ينظم للحكومات طريقة تكوين بيت المال عن طريق جمع الزكاة والصدقات من الأغنياء وردها إلى الفقراء والمحتاجين. ولقد حددت الزكاة الوعاء الذي تجمع عنه، كما حددت المصارف التي تصرف فيه، وكانت توزع بمعرفة الحاكم (الخليفة) أما في غير البلاد الإسلامية فقد ظلت الحكومات بعيدة عن النظر إلى الفقراء حتى القرن الثالث عشر.

وفي القرن الثالث عشر في سنة ١٢٥٤ أنشئ ملجأ ومستشفى كانزفان ويقال إن الذي أنشأه هو (لويس التاسع) وقد أودع فيه ثلاثمائة من المكفوفين، ولايزال هذا الملجأ قائماً في باريس حتى الآن، ويعتبر أحد معاهد المكفوفين الهامة في العالم بأسره. ورغم ما أحاط إنشاء هذا الملجأ فقد ظل أعضاؤه يمارسون التسول. وظلوا أعضاء في جمعية المتسولين المكفوفين التي ازدهرت في باريس خلال القرن الثالث عشر وكانوا يقدمون الصدقات التي يجمعونها إلى الملجأ.

٤- مرحلة الاندماج في المجتمع:

لقد قدمنا أن (ديديموس) في مصر القديمة استطاع أن يصل إلى حروف يقرأ بها ليعلم الآخرين علوم الدين. وحين جاء الإسلام كان مما قرره أن الكفيف يمكنه أن يتعلم طالما يستطيع الفهم {فإنها لاتعمى الأبصار ولكن تعمى القلوب التي في الصدور} ولقد كانت جامعة الأزهر منذ ألف سنة وهي صرح العلوم في العالم العربي والإسلامي تسمح بدخول المكفوفين وتعلمهم جنباً إلى جنب مع غيرهم. وكانوا يتعلمون علوم الحياة وعلوم الدين. ولازالت هذه الجامعة حتى اليوم تقبل أفواجاً منهم كل عام بين مراحلها الإبتدائية إلى الجامعية.

أما التاريخ الحديث لتعليم المكفوفين فإنه يبدأ في فرنسا حيث بدأها شاب فرنسي هو (فالنتين هوى) الذي أقتنع بأن الأطفال المكفوفين يمكن تعليمهم تعليماً منظماً، فجمع بعض التلاميذ المكفوفين وعلمهم، ثم عرض نتائجه على الأكاديمية الفرنسية التي شجعت جهوده ووافقت على منحه إعانة من الدولة تمكنه من متابعة جهوده وهكذا أنشئت مدرسة المكفوفين في عام ١٧٨٤م وسرعان ما انتقلت الفكرة إلى النمسا على يد (جوهان كلين) فأنشأ مدرسة للمكفوفين عام ١٨٠٤م ثم إلى الولايات المتحدة الأمريكية على يد (صمويل جريدلي هاو) عام ١٨٣٢م ثم مالثت الفكرة أن انتشرت إلى بريطانيا وألمانيا ولاتزال هذه المعاهد الرائدة قائمة إلى الآن وإن كانت وسائل التعليم والمناهج فيها قد تطورت إلى حد كبير. لقد استطاع (هوى) أن يخترع طريقة لإبراز الحروف من أي نوع كانت على الورق للمكفوفين. أما في بريطانيا فإن (إدوارد رشتن) وهو أديب فقد بصره قد وجه عنايته إلى مشاكل المكفوفين فأسس سنة ١٧٩١م مدرسة في ليفربول سميت بمدرسة صنع السلال ثم تلاها في عام ١٧٩٣م مدارس

أخرى في بريستول وأدنبرة، وكان أساس هذه المدارس تعليم المكفوفين حرفاً ثم أنشئت مدرسة ستجلتز عام ١٨٠٦م متتبعة آثار ما فعله (هوى) في باريس.

طريقة برايل لتعليم المكفوفين:

في عام ١٨١٥ نشر (تشارلس باربير) بحثاً لفت فيه الأنظار إلى إمكان استخدام طريقته التي اخترعها لاستخدامها كشفرة ليلية في الحرب في كتابة نوته موسيقية للمكفوفين.

وفي عام ١٨٢٩ نشر (لويس برايل) أول موضوع عن طريقته التي يستخدم فيها صفين رأسيين من النقط في كل صف منها ثلاث نقط يستخدمها في تكوين حروف أبجدية عن طريق توافيق من مجموعات منها عددها ستة أو أقل لتكوين حرف واحد. أما الطريقة بأكملها فقد نشرها سنة ١٨٣٧ وظلت وقتاً طويلاً قبل أن تبدأ الدول الأخرى في تطبيقها فقد أدخلت في بريطانيا عام ١٨٦٩ وفي أمريكا ١٨٦٠م.

تاريخ الرعاية الاجتماعية للمتخلفين عقليًّا:

ربما يتبادر إلى الذهن سؤال عن مدى أقدمية التخلف العقلي كظاهرة.. وهل هي ظاهرة قديمة أم ظاهرة حديثة؟

إن الدراسات العملية التي أجريت في هذا الميدان توضح أن البشر يتوزعون بالنسبة للذكاء مكاناً وزماناً حسب توزيع عديد من الظواهر الحيوية كالطول والأعمار (التوزيع المعتدل)

وبذلك فإنهم كانوا من القدم يتوزعون هذا التوزيع غاية الأمر أن تقدم البشرية واستخدام التقنية دفع مجموعة ممن كانوا من قبل يعيشون في المجتمع دون كثير معاناة إلى السطح يعانون من عدم توافقهم في المجتمع ومع أنفسهم. فالعمل الزراعي والعمل اليدوي بصفة عامة لايتطلب من الجهد الذهني مايتطلبه العمل في المصانع أو في تطبيقات التطور العلمي الحديث.

كما أن الانتقال من بيئة يسهل فيها تقبل المجموعات المختلفة لبعضها إلى بيئة يظهر فيها القوي أو القادر أو الموهوب، ويتمتع بميزات العصر الذي يعيش فيه قد أظهر مشكلة المتخلفين. لم يكن التعليم فيما مضى إلزامياً ونظامياً، ولم يكن من السهل معرفة أن الذين يتخلفون عن التعليم قد تخلفوا لعائق أو قصور ذهني لديهم.

لقد ظلت معاملة المتخلفين عقلياً واحدة من أكثر فصول تاريخ البشرية إثارة للاشمئزاز. ففي القبائل الهمجية في العصور القديمة من المدنية كان المتخلفون عقلياً يساقون إلى الموت باعتبارهم أفراداً غير نافعين للجنس البشري. أما في أسبرطة فقد كانوا يبادون بلا أدنى رحمة، حتى لاتنحدر دولتهم التي كانت تقوم على احترام القوة.

وفي عصور الحضارة الإغريقية لم يطرأ على المتخلفين أي تحسن اجتماعي. وقد وصفت الكلمة الإغريقية (Idios) هؤلاء الأفراد بأن لديهم مس من الشيطان، وكانوا يتركون لحال سبيلهم حتى الموت.

وفي العصر المسيحي في روما بدت روح تتسم بالعطف على كل أنواع المعوقين بما فيهم المتخلفين، وكانوا يعتبرون من ذوي المعجزات أو أن بهم مس من الشيطان. وفي الإسلام نجد أن الإسلام لم يفرق بين البشر في المعاملة، وقد حض على المعاملة الطيبة للذين تعوقهم ظروف الحياة. ورفع عن كل فاقد لشيء ماكلف به في هذا العضو {ليس على الأعمى حرج ولاعلى الأعرج حرج}

وقد حرم الإسلام قتل النفس بغير حق. وبذلك كان نظام الصدقات والزكاة وهو أول نظام اجتماعي عرفته البشرية ينظم حقوقاً للمحتاجين قبل القادرين وقبل الدولة ممثلة في بيت المال. كان من الزكاة مايغني المتخلفين وغيرهم من المعوقين عن الموت جوعاً.

وفي عصر الإصلاح الديني في أوربا ظهر الخلط بين المتخلفين والمصابين بأمراض عقلية، وقد اعتبر الأفراد الذين لايتفهمون أو لايوافقون على تعلم

الكاثولكية أو البروتستاتية مستحقين للاضطهاد. ومن هنا نال المتخلفين الكثير من ألوان الاضطهاد. غير أنه شذوذاً على هذا النمط المعتاد للاضطهاد أنشئ في بداية القرن السابع عشر في فرنسا قصر لإيواء الذين لديهم ظروف قاسية بما فيهم ضعاف العقول، وقد بدأه (فينسهان دي بول)

وقد أثار العالم (لوك) في بحثه عن التفهم أن التعلم يأتي عن طريق الحواس ويجب أن تصاحبه أحاسيس مبهجة وتبعه (روسيه) الذي كان يؤمن بأن التعليم يجب أن يقوم على أساس من القدرات الأساسية للطفل، وكان لهؤلاء الدارسين السبق في توجيه الأنظار نحو موضوع قدرات الأطفال.

لقد كان أهم الأحداث في تاريخ رعاية ضعاف العقول ذلك الذي حدث في سنة ١٧٩٨ إذ عثر أحد الصيادين على طفل متوحش يعيش في غابة أفيرون بجنوب فرنسا، ونقله إلى باريس حيث لاقى تدريباً واهتماماً واسعاً، وقد تعهده في البداية (بنيل) الذي قرر أنه معتوه ولاتصلح معه أي طريقة أو مساعدة تربوية، وأطلق عليه اسم وحش أفيرون. غير أن أكاديمية العلوم بباريس عهدت به إلى (جان إيتارد) وقد عمل (إيتارد) في صبر، وأحرز بعض التقدم، لكنه مالبث بعد انتهاء العام الأول أن أعد تقريراً أظهر فيه أن الطفل لديه تخلف بجانب كونه لم يتعلم وتوقف عن العمل معه بعد خمس سنوات تقريباً وكان قد توصل إلى تعليمه أشكالاً بسيطة من اللغة وتفهم بعض الكلمات والأشياء. ورغم ماشعر به إيتارد بالأسى لعجزه عن تحويل الطفل إلى طفل متمدين، فإن أكاديمية العلوم اعترفت بأنه قد أسهم إسهاماً فعلياً للمعرفة الإنسانية، وشجعته على إعداد مؤلفه المعروف ((طفل أفيرون الوحشي))The wild boy of Aveyron.

وقد تعهد أحد الباحثين ويدعى (إدوارد سيجان) هذا الطفل بالرعاية فاهتم بالقوة الجسمية وتدريب الحواس وتوافق العضلات وابتكر جهازاً لإثارة العضلات، وشجعه هذا التقدم على إنشاء مدرسة خاصة لتربية ضعاف العقول في باريس عام ١٨٣٧م وكانت هذه أول مدرسة من نوعها في العالم، وبظهور هذه

المدرسة ظهرت مشكلة أخرى وهي كيف نحكم على الطفل أنه متخلف عقلياً، لقد كان (سيجان) تلميذاً لـ (جين اسكويورل) الذي كان يفرق بين الخلل العقلي والتخلف العقلي، وكان يعتقد أن القدرة العقلية يمكنها التحسن بالطرق السيكلوجية التي يمكنها أن تبرئ الحواس الضعيفة كما أن التدريب يمكن أن يحدث تقدماً في النواحي المعنوية والتعليمية وغيرها من النواحي الذهنية، وفي خلال أبحاثه استطاع (سيجان) أن يكمل لوحة الأشكال المعروفة باسمه Seguin Foim Board وقد هاجر (سيجان) إلى الولايات المتحدة في عام ١٨٤٨م حيث أصبح المؤسس الفعلي للعصر الحديث في دراسة المتخلفين عقلياً. وقد درس احتياجات الأطفال وأصبحت طرقه العلمية هي أساس الدراسات في هذا المجال، كما نشر كتابين أحدهما عن العته.

وقد شهد القرن التاسع عشر إنشاء وتوسيع المدارس والمعاهد للمتخلفين عقلياً في الدول المتقدمة وتطورت الاختبارات السيكلوجية التي كان رائدها العالم الفرنسي (الفريد بينيه).

وفي وقتنا الحاضر نجد أن كثيراً من دول العالم النامية قد بدأت في إدخال برامج رعاية المتخلفين وتعليمهم، وفي مصر دخل هذا النوع من التعليم في البلاد وأدخلت برامج الرعاية والتأهيل بعد قيام الثورة. غير أنه لازال في الطريق كثير مما يمكن أن يقدم لهذه الفئة في كل أنحاء العالم، إذ لاتزال بعض الدول المتقدمة كانجلترا تودع هؤلاء في مستشفيات خاصة بهم حيث يوجد في كل مقاطعة مستشفى للمتخلفين، ويصدر بإيداعهم فيها حكم من المحكمة.

لكنهم لم يعودوا بعد مظهراً من مظاهر الخرافة أو الشعوذة أو مساً من الشيطان، وإنما أصبح معروفاً طبيعة التخلف وكيفية دراسة الشخص المتخلف وكيفية مواجهة احتياجاته والعودة به إلى المجتمع مواطناً صالحاً يسهم في بنائه.

تاريخ تأهيل الصم وضعاف السمع:

لقد ظلت المجتمعات المختلفة أحقاب طويلة من الزمن تنظر إلى الصم والبكم الذين ولدوا بدون سمع كاف لتعلم الكلام أو الذين فقدوا السمع في سن الطفولة المبكرة على أنهم غير قابلين للتعلم. ومن ثم فقد كانت نظرة كل من (أرسطو) و(بيلين) فيما قبل الميلاد رغم أن كلاً منهما ربط بين الصم الخلقي وبين البكم غير أنهما لم يصلا إلى تفسير ذلك.

وفي العصور الوسطى نجد أن القانون الروماني قد صنف الصم والبكم مع المتخلفين عقلياً، ووصل الأمر إلى أن حرم عليهم الإعلان الأوغسطي (القرن السادس ميلادي) الحقوق والالتزامات المدنية (التعاقد والشهادة أمام المحاكم) وأدى هذا إلى ظهور قوانين في ذلك الوقت تحرم عليهم أقدس حقوق الحياة، وهو الزواج والتناسل، لكن هذا التحريم اقتصر على الذين ولدوا فاقدي السمع (يوجد مثل هذا القانون في فنلندا في القرن العشرين)

وفي أواخر القرن السادس عشر تمكن راهب أسباني يدعى (بدروبونس دي ليون) أن يقوم بتعليم بعض الصم من أبناء النبلاء بطريقة يدوية ولغة الإشارة وأخرج كتاباً عن ذلك عام ١٦٢٠..

وفي نهاية القرن الثامن عشر قام كل من الأب (شارلين ميشيل دي ليبيه) في فرنسا و(صمويل هينيك) في ألمانيا بقيادة حركة تعليم الصم في القطري، وتمكن (ليبيه) من تأسيس أول مدرسة لتعليم الصم في باريس، كما تمكن (هينيك) أن يؤسس أول مدرسة للصم في ألمانيا عام ١٧٧٨م وتعد في نفس الوقت أول مدرسة في العالم تعترف بها الحكومة.

لقد عاصر كل من (ليبيه وهيتيك) بعضهما لكنهما اختلفا في طريقة التعليم، فبينما تبنى الأول طريقة التعليم اليدوي ودافع عنها نجد أن الثاني قد تبنى الطريقة اللفظية (النطق وقراءة الشفاه) ومنذ هذا الوقت تغيرت النظرة المجتمعية نحو تعليم الصم والبكم، وبدأت كثير من الدول تأخذ من البلدان التي

تقدمت الركب مثل فرنسا وألمانيا وانجلترا فبدأ تعليم الصم في الدانمرك عام ١٨٠٧م وفي الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٨١٧م وفي منتصف القرن التاسع عشر ولد عالم وضع في كل خطواته أثاراً لاتنسى في عالم الصم فقد ولد (الكسندر جراهام بل) عام ١٨٤٧م وقد نشأ في أسرة توارثوا دراسة علوم الصوت وقد كان من أهم اختراعات (بل) التليفون الكهربائي والتي أدت إلى فكرة المعينات السمعية الحديثة. كما ساهم (بل) في تأسيس طريقة تعلم النطق وقراءة الشفاه. وقد باع عام ١٨٨٧م أحد اختراعاته الكهربائية فحصل على جائزة فولتا ومبلغ ٧٠٠٠٠٠ دولار خصص منها ١٠٠٠٠٠ دولار لإنشاء مكتبة للعلوم المتصلة بالصم كما نجح (بل) في تعليم الصماء (مايبيل هودارد) الكلام وقد تزوجها فيما بعد، كما أنشأ في عام ١٨٩٠م مبنى جمعية الصم بأمريكا والذي كانت (هيلين كيلر) أول من حملت معولاً من بنائه ولايزال يذكر (بل) كلما بحث الباحثون في علوم الصوت والكهرباء وكلما نطق الصم بلغة السامعين.

وإذا كان تعليم الصم قد بدأ في أواخر القرن الثامن عشر وبدأ يغزو العالم في القرن التاسع عشر فقد تطورت وسائله كثيراً في القرن العشرين حتى أصبح تعليم الصم يعتمد على فصول ذات دوائر كاملة من الأجهزة السمعية تعمل على أن تستغل مالدى كل فرد من بقايا سمع فأننا نجد أن تأهيل الصم بالمفهوم الحديث للتأهيل لم يبدأ إلا حديثًا في القرن العشرين.

تاريخ معوقي النطق:

تعرض معوقوا النطق في العصور القديمة للسخرية والاحتقار، ويبدو أنهم لم تقم لهم قائمة إلا في القرن العشرين حين تقدمت وسائل التعليم.

ورغم معاناة معوقي النطق في المواقف الاجتماعية والتعليمية، فإننا نجد أشخاصاً برزوا إلى قمة مجتمعاتهم ولديهم هذا النوع من التعويق.

في بلاد الإغريق تجد أن بعض فلاسفتهم وخطبائهم مثل (ديموثينس) كان مصاباً بعيوب إبدالية إلى جانب التهتهة.

ولقد كان (أرسطو) كما كان (نابليون) و(جورج واشنطون) ممن برزوا إلى التاريخ رغم عيوب النطق التي كانت لديهم.

وقد يكون من العسير أن نحصي أولئك الذين كانت لديهم عيوب في النطق ومع هذا تولوا قيادة سياسية أو عسكرية أو دينية، ويذهب بعض الباحثين إلى القول بأن عيوب النطق تدفع بأصحابها إلى الرغبة في تحقيق نجاح في مستويات أخرى.

لقد كان (أبوقراط) الذي عاش منذو ٢٤٠٠ سنة أول طبيب يذكر في حالات التهتهة، وفي القرن الرابع عشر شارك (جيري دي شولياك) المعتقدات التي نشرها الآخرون من أن الشخص الذي لديه عيوب نطق تزداد حرارة جسمه، وخاصة في اللسان. وفي الفترة من ١٥٠٠م إلى ١٨٠٠م اعتبر البعض أن عاهات النطق ذات طابع سيكولوجي وفي نفس الوقت حدثت تطورات في دراسة فسيولوجية عاهات النطق كما أجرى (جوهان فريد ريب) جراحة غير ناجحة للعلاج لمعوقي النطق، لكنها كانت بداية لجراحات جاءت بعدها بنجاح، أما (بيربول بروكا) فقد حاول تحديد منطقة في المخ كمركز للنطق اللغوي وقد عرفت هذه المنطقة فيما بعد باسم منطقة بروكا. وفي أمريكا فإن (الكسندر ميلفيل بيل) كانت له إسهامات هامة في تأهيل معوقي النطق.

أما فصول معوقي النطق فإنها حديثة النشأة وتعتبر ألمانيا أول دولة تنشئ فصولاً لهذه الفئة في عام ١٨٨٧م حين أنشأت فصلاً واحداً في مدينة بوتسدام، وأعقب ذلك محاولة في مدينة نيويورك عام ١٩٠٨م ثم توالت عملية إنشاء الفصول والمدارس الخاصة بهذه الفئة في بلاد أخرى.

تاريخ تأهيل المقعدين:

عبر قرون التاريخ نجد أن المقعدين كانت لهم أدوار متخلفة، ذلك أن طبيعة العجز لديهم تجعل عاهاتهم ظاهرة في كثير من الأحيان، ولهذا كانوا عرضة للذل والاحتقار والعقوبة وتعرضوا للموت أكثر من فئات القرن مثل الصم الذين لاتظهر عاهاتهم واضحة. ولقد سبق معظمهم إلى الموت كجزء من بعض المعتقدات الدينية أو لاقوا القسوة الشديدة والنبذ، كان هذا حالهم في المجتمعات البدائية وكان أيضاً حالهم في بلاد الإغريق في أسبرطة كما كان حالهم في روما، وربما ظهرت في مكان أو آخر اتجاهات إيجابية حميدة تعودهم وجاء بعضهم في الأديان وبعضها في حضارات مثل الحضارة المصرية.

وفي تاريخ البشرية نجد كثيراً من المشهورين الذين أصيبوا بنوع أو آخر من التعميق البدني، ومع هذا برزوا إلى ضوء الفكر أو الفن أو السياسة، لقد كان منهم الموسيقي (بيتهوفن) وشارك (سسينمتر) وهو من أكبر دارسي الكهرباء، كما كان منهم (فرانكلين روزفيلت) رئيس الولايات المتحدة الأمريكية الذي ظل يمشي على عكازين أكثر من ربع قرن لإصابته بشلل أطفال.

إن تاريخ تأهيل المقعدين في الواقع هو تاريخ جراحة العظام، هذا النوع من الجراحات الذي بدأ في الازدهار في القرن التاسع عشر، ومما يذكر أول مستشفى للعظام أنشئ في أمريكا عام ١٨٥٤م في بروكلين كما أنشئ أول مستشفى حكومي للأطفال المقعدين في ولاية مينسوتا منذ عام ١٨٩٧م.

كما يعتبر اكتشاف مصل شلل الأطفال المعروف باسم (مصل سولك) من أهم ما طرأ في مجال الوقاية من هذا المرض، كما أن تقدم فنون الجراحة وعلوم التخدير كانا عاملين من العوامل الهامة في تقدم النواحي الطبية لتأهيل حالات المقعدين.

ومن أهم ما يمكن ذكره في تأهيل المقعدين ذلك التقدم الكبير الذي حدث في دراسة ميكانيكية الحركة للإنسان والذي أتاح للعلماء الاستفادة من النظريات الهندسية ونظريات المكانيكا في تصميم أنواعاً من الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية بحيث أصبح من الممكن تحقيق الكفاءة في الحركة ورخص التكاليف والتكيف الشخصي للمريض وتقبل المجتمع له.

وفي نفس الوقت انتشرت وسائل العلاج الطبيعي الذي أصبحت تستخدم فيه العلاج بالأشعة والعلاج بالكهرباء، كما أدخل العلاج بالعمل في برامج تأهيل الحالات الشديدة.

حركة التأهيل المهني:

لقد أدَّت التطورات الهامة في تعليم المعوقين إلى تغيير في نظرة المجتمعات الغربية إلى قدراتهم ومهَّد لظهور حركة التأهيل المهني لهم وإدخالهم إلى مجال العمل بشكل رسمي ومنظم. ولعل أول البرامج الرسمية في هذا المجال هو برنامج التأهيل في الولايات المتحدة الأمريكية الذي صدر به أول قانون للتأهيل عام ١٩٢٠م وذلك في أعقاب الحرب العالمية الأولى. ومالبثت برامج التأهيل أن عرفت طريقها بشكل رسمي إلى عديد من الدول، وأصبحت نشاطاً هاماً من أنشطة هيئات الأمم المتحدة مثل منظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية وصندوق الطفولة (اليونيسيف) والبرنامج الإنمائي للأمم المتحدة. وقد أصبح تأهيل المعوقين وتعليمهم من البرامج الأساسية للحكومات في معظم دول العالم في الوقت الحاضر. ولم يقف الأمر عند ذلك، وإنما اتجهت برامج الرعاية إلى البعد الإنساني والاجتماعي دون الاقتصار على الجوانب الطبية والتعليمية والمهنية،

وأصبح الهدف من التأهيل الآن هو إدماج المعوق في حياة المجتمع الذي يعيش فيه وإشعاره بإنسانية ومحاولة زيادة مستوى رفاهيته وسعادته بكل الوسائل الممكنة. واتجه العمل إلى تأهيل المجتمع لاحتضان المعوق بقدر مانؤهل المعوق للعودة إلى المجتمع.

ثانيًا: أسباب الإعاقة:

الإعاقة مشكلة متعددة في أبعادها ومتداخلة في جوانبها، حيث يتشابك الجانب الطبي بالاجتماعي والنفسي والتعليمي ولتأهيلي، بصورة يصعب الفصل بينها.

وسلوك الإنسان هو نتاج الوراثة والبيئة معًا، ويبدأ تأثير العوامل منذ اللحظة الأولى في تكوين الخلية داخل رحم المرأة. ومن العوامل التي تتسبب في حدوث الإعاقة ما يلي:

١- العوامل الوراثية :

تحدث بسبب انتقال الجينات الوراثية من الوالدين الحاملين لصفة المرض إلى الأبناء، عن طريق الدم.

ويتم توارث الأمراض الوراثية من الوالدين إلى الأبناء والبنات عن طريق تناسل المادة الوراثية (الحقيبة الوراثية) يكون في إحدى طرفيها اعتلال المادة الوراثية بنسبة ضئيلة وفيها تكوِّن العوامل المعدية النسبة الغالبة وفى الجانب الأخر تمثل الاعتلالات الوراثية الغالبية العظمى للأسباب المرضية

كيف يتم توارث الصفات المرضية؟

يتم توارث الصفات المتنحية من الآباء والأمهات وينعكس النمط الجيني كمرض في النمط الظاهري في حالة تماثل المورثات كجينات معتلة . و" تتنحى" فيه الصفة المعتلة في النمط الظاهري فلا تظهر كمرض (حيث تغلب عليها الصفة السائدة السليمة التي تتواجد معها).

ويعود هذا النمط في التوارث للصفات في مرحلة زوجيات الصبغيات الثلاثة والعشرين المتواجدة لدى الأم (في البويضة) والأب (في الحيوان المنوي) فإن تم

التلقيح بين الأمشاج الذكرية (الحيوان المنوي) والأنثوية (البويضة) الحاملين للمورثات المعتلة، كان نتاج ذلك وليد معتل (مريض) لوجود المورثات المعتلة وغياب المورثات الصحيحة لديه.

٢- **العوامل البيئية:**

وهي الظروف التي تحدث أثناء فترة الحمل سواء (قبل الولادة) أو أثناء الولادة أو بعد الولادة، والقيم السائدة في المجتمع، والكوارث والحروب، والجهل والفقر وسوء التغذية جميعها تشكل عوامل بيئة مكتسبة قد تتسبب في حدوث الإعاقة.

وتقسم أسباب الإعاقة فيها إلى مجموعات :

أ- أسباب ما قبل الولادة :

وتشمل العوامل الجينية الوراثية والعوامل البيئية التي تؤثر على الجنين أثناء فترة الحمل، ومنها:

-إصابة الأم الحامل بالأمراض كمرض الحصبة الألمانية، قد يؤدي إلى تعرض الجنين لإصابات في العين والقلب والمخ. ومرض الزهري حيث يؤدي فيروس المرض إلى تلف الجهاز العصبي للجنين وقد ينتج عنه إعاقة عقلية أو سمعية أو بصرية أو جسمية.

- استخدام الأم الحامل لبعض العقاقير الضارة، أو تعاطي المشروبات الكحولية.

- تعرض الأم الحامل للأشعة السينية، يؤدي إلى تلف الخلايا الدماغية للجنين.

- إصابة الأم بتسمم الحمل(ارتفاع ضغط الدم- تورم الجسم)

- سوء تغذية الأم (نقص الكالسيوم/ الفيتامينات)

- اضطرابات التمثيل الغذائي/ اضطرابات إفرازات الغدد الصماء.

- تعرض الأم لتلوث البيئية الناتج من الغازات السامة لمخلفات الحروب أو المصانع وغيرها.

ب- أثناء الولادة:

وتتضمن مجموعة العوامل البيئية التي تؤثر على الجنين أثناء فترة الولادة. ومنها:

- الولادة المتعسرة، يحدث عنها نقص أكسجين يترتب عليه إعاقة عقلية.
- الولادة المبكرة.
- إصابة رأس الجنين أثناء الولادة، من خلال استخدام الأدوات المساعدة كالشفط.
- اختناق الجنين.

ج- بعد الولادة:

وتمثل جميع العوامل البيئية التي تؤثر على الطفل بعد الولادة وتؤدي إلى حالات الإعاقة ومنها:

- إصابة الطفل بأمراض مثل: الحمى الشوكية/ شلل الأطفال.
- التهاب السحايا.
- التعرض للحوادث بشكل عام وما ينتج عنها من إصابات بسبب السقوط من أماكن مرتفعة/ حوادث الطرق/ حوادث العمل/ الكوارث/ الحروب/ ..إلخ.
- أمراض سوء التغذية.

ثالثًا: المدخل النظري لفهم الإعاقة :

من المتفق عليه بين عامة الناس والمتخصصين أن ذوي الإعاقة لا تُتاح أمامهم مختلف فرص التفاعل مع مختلف مواقف وخبرات الحياة الاجتماعية، ويعيشون في نوعية حياة أقل كثيرًا مقارنة بأقرانهم العاديين، وتعتمد أي محاولة للتعامل مع أو للتخلص من الصعوبات التي يعاني منها المعوقون على ما يعتقد انه السبب في الإعاقة والصعوبات المرتبطة بها ويوجد طريقتان مختلفتان لتفسير ما يعتقد أنه السبب في الإعاقة وتداعياتها النفسية وقد أمكن بلورة هاتين الطريقتين فيما يطلق عليه نموذجًا لتفسير الإعاقة وهما :

(أ) النموذج الطبي للإعاقة Medical Model of Disability

(ب) النموذج الاجتماعي للإعاقة Social Model of Disability

يركز أنصار النموذج الطبي بشكل كبير على الملامح والخصائص الأساسية للفرد من حيث البنية التكوينية العضوية، في حين يتبنى مؤيدو النموذج الاجتماعي التفسيرات التي تعتمد على الخصائص الأساسية للمؤسسات الاجتماعية وما يسود المجتمع بشكل عام من أنساق قيم ومعتقدات تجاه الإعاقة والمعوقين وفيما يلي تناول موجز لكلا النموذجين :

<u>١- النموذج الطبي للإعاقة</u> :

ينظر في ظل هذا النموذج للإعاقة على أن عجز أو عدم قدرة المعاقين على الارتباط والمشاركة في أنشطة وخبرات الحياة ترجع بالأساس إلى معاناة الفرد من إصابة تتلف أو تحدث تدميرًا لعضو ما من جسده، يترتب عليه قصور أو عجز وظيفي شديد لا يمكنه من الاستفادة والمشاركة في فعاليات وخبرات الحياة الاجتماعية، ولا يرجع هذا العجز من قريب أو بعيد لملامح وخصائص وأنساق القيم والمعتقدات في المجتمع .

وعندما يفكر صناع السياسة في الإعاقة وفق النموذج الطبي فإنهم يميلون إلى تركيز مجهوداتهم في تعويض ذوي الإصابات أو التلف العضوي وما يرتبط به من

قصور وظيفي وذلك من خلال صياغة نظم تربوية ورعاية وتزويدهم بالخدمات العلاجية والتأهيلية في مؤسسات قائمة على العزل والاستبعاد من فعاليات وخبرات الحياة الاجتماعية العادية.

ويؤثر النموذج الطبي للإعاقة أيضًا على الطريقة التي ينظر ويفكر المعاقون بها حول أنفسهم؛ إذ عادة ما يتبنى الكثيرون منهم رسالة سلبية مفادها أن كل المشكلات التي تواجه ذوي الإعاقة تنشأ عن امتلاكهم أجسادًا غير عادية أو بها عيب تكويني، وعادة ما يميل المعاقون إلى الاعتقاد بأن إصابتهم تحول بالضرورة دون مشاركتهم في الأنشطة الاجتماعية، ويؤدي استدخال هذه الأفكار والمعتقدات في البنية الفكرية لذوي الإعاقة إلى عدم مقاومتهم محاولات استبعادهم من الاندماج Mainstreaming في فعاليات وخبرات الحياة الإنسانية في المجتمع.

٢- النموذج الاجتماعي للإعاقة :

تبدأ الرؤى التفسيرية للإعاقة وفق النموذج الاجتماعي من التحديد للاختلاف بين مفهومي الإصابة أو التلف أو العطب Impairment والعجز أو الإعاقة Disabilityوقد بدأت صياغة النموذج الاجتماعي من قبل بعض العلماء إثر إظهار العديد من المعوقين استياءهم وامتعاضهم من النموذج الفردي أو الطبي لكونه لا يقدم تفسيرات مقنعة لاستبعادهم من الاندماج في مسار الحياة الاجتماعية ولأن هناك العديد من الخبرات لمعاقين أظهرت أن مشكلاتهم الحياتية والتوافقية لا ترجع إلى الإصابة أو الإعاقة في ذاتها، ولكن تعود بالأساس إلى الطريقة التي ينظر بها المجتمع إليهم. ويتجاوز هذا النموذج المسلمات التي ينطلق منها النموذج الطبي والتي تتمثل في عدم التفرقة بين الإصابة والتلف والعطب، والعجز لأن كليهما يؤدي إلى قصور وظيفي وان هذا القصور الوظيفي كامن داخل الفرد نفسه ومنعزل عن المتغيرات الخارجية، مسلما بأن العجز وليس العقبات أو العناصر الأساسية للمؤسسات الاجتماعية التي لا تلقي

بالا بحاجات وخصائص المعوقين بأي شكل من الأشكال، وهنا يبدو أن المجتمع هو سبب الإعاقة بمعنىأن المجتمع هو المعوق لأن الطريقة التي يشيد بها تمنع ذوي الإعاقة من الاشتراك في فعاليات وأنشطة وخبرات الحياة اليومية، وإذا ما أريد اشتراك واندماج ذوي الإعاقة في مسار الحياة الاجتماعية لابد أن يعاد تنظيم المجتمع من حيث بنائه ووظائفه، وأيضًا لابد من القضاء على كل الحواجز والموانع والعقبات التي تحول دون هذا الاندماج . ومن هذه العقبات أو الحواجز :

- التحيز ضد الإعاقة والمعوقين والميل إلى الوصم والتنميط..
- عدم مرونة الإجراءات والممارسات المؤسساتية.
- تعذر الحصول على المعلومات الصحيحة.
- تعذر وجود البيانات والمؤسسات المناسبة.
- تعذر وجود وسائل المواصلات والنقل المناسبة.

ويشير تحليل "هنت" (Hunt) إلى أنه يعتقد أن المعوقين يواجهون اضطهادًا وإساءة معاملة من قبل الآخرين وتتضح تجليات ذلك في ظاهرة التمييز discrimination والاستبعاد من فعاليات الحياة الاجتماعية الطبيعية، وخلص " هنت " من تحليله لهذه الأوضاع إلى التأكيد على وجود علاقة مباشرة بين الاتجاهات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية نحو الإعاقة والمعوقين، و التداعيات النفسية والسلوكية للإعاقة باستخدام مصطلحات القيود والحدود، والعقبات التي تفرض على المعاقين من قبل المؤسسة، وقد استخدم المعوقون في بداية السبعينيات من القرن العشرين خبراتهم الشخصية مع الإعاقة وعن حياتهم في المؤسسات (مؤسسات الرعاية والإيواء والتربية القائمة على العزل) ليظهروا أن إصابتهم أو نواحي العجز لديهم ليست السبب في المشكلات العديدة التي يواجهونها في حياتهم أو في التداعيات النفسية والسلوكية المصاحبة للإعاقة، وأن السبب الأساسي في هذا العجز وهذه المشكلات إنما يعزى إلى فشل المجتمع في التسامح مع / والتقبل للاختلافات

والفروق بين المعوقين من المشاركة العادية في فعاليات وأنشطة خبرات الحياة الاجتماعية اليومية، وقد أطلق على هذه الطريقة في التفكير حول / ومناقشة وتحليل الإعاقة بالنموذج الاجتماعي للعجز أو الإعاقة؛ إذ يفسر فيه العجز أو التعويق بوصفة نتاج أي سلوك أو عقبات تمنع أو تحول دون قيام المعوقين من الاشتراك في فعاليات الحياة في المجتمع ولا يفهم من ذلك أن النموذج الاجتماعي يغفل أو ينكر تأثير الإصابات والفروق الفسيولوجية ولكنه يعالج هذا التأثير دون التقيد أو الالتزام بالأحكام ذات الطبع التقويمي لذا فمن المتصور أن استخدام النموذج الاجتماعي يؤدي إلى التمكين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة.

وباختصار يؤكد النموذج الاجتماعي أن العجز والإعاقة ناتجة عن عدم إدراك وعدم رغبة المجتمع في التعامل والتسليم بالاختلافات والفروق في الخصائص والإمكانات البدنية والعقلية بين ذوي الإعاقة وأقرانهم العاديين .

٣- **الدمج الاجتماعي** :

الدمج كلمة تكتسي معاني مختلفة حسب المستعملين لها، فهي تعني عند بعضهم وجود أطفال معوقين داخل فصول مدرسية عادية ويتابعون تعليمهم في ظروف الأسوياء نفسها، وتعني عند بعضهم الآخر وجود أطفال معاقين داخل فصول مدرسية عادية مع تحوير جزئي في وسائل وظروف التعليم مثل الاعتماد على بعض طرائق التربية الخاصة مثل طريقة برايل والاستفادة من دعم تعليمي خارجي، وتعني عند فريق آخر من المهتمين بالتربية الخاصة استفادة المعوقين من بعض المواد المدرسية المدرجة ضمن الفصول العادية كالأشغال اليدوية والرسم مع مواصلة تعليمهم بمراكز التربية الخاصة، أما المعنى الرابع للدمج فيعني وجود فصول للمعاقين داخل المدارس العادية لها مربوها المختصون ووسائلها المناسبة ولا يختلط المعوقون بالأسوياء إلا في فناء المدرسة أو في بعض المناسبات.

وهناك من يرى أن الدمج يعني تمكين بعض فئات المعاقين من متابعة تعليمهم في الفصول العادية وما يترتب على ذلك من إعداد التلميذ المعاق ولظروفه التعليمية وللمعلم من حيث برامج الإعداد والتأهيل ويجب أن لا يفهم من الدمج على أنه مجرد حضور الطلاب المعاقين في الفصول المدرسية العادية، بل هو محاولة لمساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من أجل أن يتطوروا اجتماعيًّا وعقليًّا وشخصيًّا من خلال الاتصال والتفاعل مع أقرانهم العاديين، وهذا يتطلب إحداث تغيير في المدرسة والمناهج وطرائق التعليم المستخدمة في الصفوف وأنظمه التقويم، فالدمج ليس اختيارا بين كل شيء أو لا شيء لأنه يستند إلى فكرة أن تكون التربية أكثر مرونة، ولهذا السبب فإن التلاميذ الذين يعانون من أي صعوبات سوف يكونون قريبين من أقرانهم بالقدر الذي يستطيعون وبما يسمح لهم بالنمو والاندماج الاجتماعي . ومهما تعددت الآراء والاتجاهات تباينت وجهات النظر فإن الدمج كإستراتيجية جديدة في التربية الخاصة ينطلق من :

- التغيير الواضح في الاتجاهات الاجتماعية نحو الأطفال غير العاديين من السلبية إلى الإيجابية.
- توفير الفرصة الطبيعية للأطفال غير العاديين للنمو الاجتماعي والتربوي مع أقرانهم العاديين .
- إزالة الوصمة المرتبطة ببعض فئات التربية الخاصة، ويقصد بذلك الآثار السلبية الاجتماعية لدى بعض فئات التربية الخاصة وذويهم والمرتبطة بمصطلح مثل الإعاقة.

وقد ترتب على ما سبق ظهور أفكار جديدة دفعت بحركة تربية ورعاية المعاقين إلى الاتجاه الإنساني وتنادي بالأخذ بمبدأ جعل المعاق طبيعيًّا أو سويًّا Normalization ، وهو اتجاه اجتماعي يهدف إلى إتاحة الفرصة أمام المعاق للحياة مثل الأفراد العاديين والتعامل معهم على نحو طبيعي وإعطائهم الفرص، ومساواتهم في الحقوق، وجعل الظروف المحيطة بهم عادية ، ولكي يتم هذا

الهدف استخدمت العديد من المصطلحات كمحطات أساسية في طريق تحقيقه، مثل مصطلح: التحرر من المؤسسات Deinstituations : وبيئة تربوية أقل تقييدًا least restrictive environment و التكامل التربوي الدمج أو توحيد المجري التعليمي، والاحتواء أو المدرسة الشاملة inclusive school وقد استخدم مصطلح التحرير من المؤسسات ليشير إلى تلك العملية التي تتضمن إبعاد المعوقين عن المؤسسات الخاصة الداخلية ووضعهم في بيئات مفتوحة وأقل تقييدا لحرياتهم قدر الإمكان، وبما يسمح بإسهام المجتمعات المحلية في رعاية المعوقين بصورة تساعد على تعويدهم الحياة بين أقرانهم العاديين.

و مفهوم التحرير من المؤسسات يستند إلى ثلاث مفاهيم أساسية هي : التعويد أو التطبيع - بيئة أقل تقييدًا - الأسلوب النمائي.

وهكذا ظهر مصطلح التعويد أو التطبيع الذي يقضي بأن تتاح للمعوقين نفس أساليب وظروف الحياة العادية المتاحة لبقية أفراد المجتمع، وذلك باستخدام وسائل الثقافة العادية لمساعدة المعوقين على الحياة في ظروف أو مستوى يماثل تلك الظروف التي يعيش فيها الأفراد العاديون، كما أنه يتضمن تعليم المعوقين أساليب السلوك المناسب وتشجيعهم على استخدامها وتعويدهم على الظهور بالمظهر اللائق، وتعريضهم لخبرات متعددة تقربهم من أساليب الحياة العادية وتيسر لهم الاندماج فيها .

وقد استخدم البعض مصطلح التكامل ليشير إلى ضرورة تعليم المعوقين ورعايتهم وتدريبهم مع أقرانهم العاديين، ويرى أصحاب هذا الرأي أن مصطلح التكامل يعد أكثر ملائمة حيث يتضمن عملية تكيف الجوانب الاجتماعية والعضوية والمهنية للمعوقين مع المجتمع، مع مراعاة الحاجات الخاصة بكل فرد واختيار ما يناسبه من الظروف البيئية. وبناء عليه فإن ما يقوم به المعوق لا يمثل سوى نصف المطلوب، حيث يقع النصف الآخر على عاتق الأطراف الاجتماعية

الأخرى التي ستتولى مهام استقبال المعوق والتعرف عليه، ويتطلب ذلك عدداً من القضايا المرتبطة بقضية دمج المعوقين في المجتمع وهي ضرورة العمل على نشر جمعيات أصدقاء المعوقين ولا تذكر قضية دمج المعوق في المجتمع إلا وتذكر معها قضية تشغيل المعوق وتوفير مواقع العمل المناسبة له. وهناك وسائل مساندة أو دعم لذوي الاحتياجات الخاصة اجتماعيا من خلال :-

- خدمات الإرشاد والتوجيه.
- خدمات المساندة الاجتماعية.
- خدمات المساندة الصحية.
- نظم خدمات المساندة المتبادلة أو التكاملية.

وتتنوع طرق التدريس الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة ومنها :

- مدخل التدريس المضبط.
- مدخل التعليم أو التدريس المباشر .
- مدخل تدريب القدرة .

وسوف نركز على مدخل تدريب القدرة لأنه يعتمد على أسلوب الممارسة المركزة في المجال الذي يعاني فيه التلميذ من صعوبة كذلك يساعد التلاميذ على حسن توظيف جوانب القوة والتميز لديهم في تعويض أي خلل أو تقصير في قدراتهم على سبيل المثال يمكن تعليم الطفل الذي لدية قصور في التميز السمعي باستخدام ما يعرف بالمدخل الكلي في تعليم اللغة WHOLE – Language approach كذلك يستخدم عندما يحتاج التلاميذ إلى إتقان المهارات قبل الأكاديمية التي بمقتضاها يكتب التلاميذ المهارات الأكاديمية القراءة، الكتابة، الحساب ؛ ذلك لأن حرمان الطفل من التعرض للمثيرات واكتساب الخبرات، ومن تنمية قدراته العقلية والجسمية والاجتماعية، ومن تطوير مهاراته وبخاصة الحسية منها، مهما كان شكله وطبيعته، يؤدي إلى وقف نموه وعدم تطوره لافتقاره إلى التعليم والتدريب.

وقد شهدت التربية الخاصة تفسيرات جذرية ففي منتصف القرن الماضي كان التوجه نحو التربية الخاصة من منظور التأهيل ومن منظور الفئوية أي تصنيف المعاقين في فئات خاصة ومن ثم تميزهم بنوع من التربية منفصلا عن مجتمع العاديين وتربيتهم أما التربية الخاصة المعاصرة فهي تقوم على الوصل لا الفصل بين مجتمع العاديين وغير العاديين وتهدف إلى توفير مكان ومكانة لذوي الاحتياجات الخاصة سواء في المدرسة أو في المجتمع.

ويذهب (بنكس وما يناهام) pincus and Minaham إلى القول بضرورة الاهتمام بالتفاعل الذي يحدث بين المعوقين وبيئاتهم الاجتماعية بهدف مساعدتهم على القيام بواجباتهم الحياتية وتحقيق آمالهم بأقل قدر من الضيق والتوتر ومن ثم فإن الخدمة الاجتماعية تهدف إلى مساعدة الأفراد المعوقين على اكتساب مقدرة متزايدة لحل ما يقابلهم من مشكلات وربطهم بالأنظمة الاجتماعية التي تمدهم بالموارد والخدمات والفرص التي يحتاجون إليها ، مع تقوية وتدعيم تلك الأنظمة حتى تتمكن من تأدية وظائفها بفاعلية متزايدة .

٤- **عملية الدمج وتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة :**

يعد دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من الموضوعات المهمة التي تنتج عنه تغير النظرة التقليدية لعملية التعليم والتي كانت تتم في مدارس خاصة بالمعاقين بما لا يسمح للمعاق بالتعامل أو التفاعل مع مجتمع العاديين، مما دفع المهتمين بشئون تعليم وتأهيل المعاق إلى إعادة النظر في الأسلوب المتبع في رعايته وتربيته، ومن هنا انبعثت فكرة دمج أو توحيد المجري التعليمي Mainstreaming أو تكامل التعلم بالنسبة للمعاق مع الأطفال العاديين وبدأت فكرة عزل المعاقين بعيدًا عن العاديين تلقى رفضا من بعض العلماء المتخصصين، وخصوصا إن المناهج التي تقدم للمعاقين ضعيفة ويقوم بتدريسها مدرسون من غير المتخصصين. ومن المسلمات التربوية المعروفة أن لكل طفل الحق في الحصول على قدر معين من التربية والتعليم، لا فرق في ذلك بين سوي ومعاق، كما أن أغراض التربية

وأهدافها متماثلة بالنسبة لجميع الأطفال بالرغم من أن المتطلبات اللازمة لإتمام عملية التربية لكل طفل قد تختلف تبعًا لقدراته وإمكاناته واستعداداته.

وقد أكدت الإحصائيات المنشورة بمنظمة الصحة العالمية (W.H.O) World health organization أن حوالي (١٠٪) على الأقل من جميع الأطفال يولدون بإعاقة بدنية أو عقلية أو يكتسبونها بالدرجة التي تجعلهم في حاجة ماسة إلى مساعدة خاصة من أجل ممارسة الحياة اليومية العادية .وقد تبين أن هذه النسبة قد تصل إلى ١٥٪ بل ٢٥٪ في بعض المناطق من دول العالم الثالث، وهذه التقارير تعد بمثابة ناقوس الخطر لمدي الكارثة التي سوف نواجهها في مستقبل حياتنا بفقد نسبة ليست بالقليلة من سكان المجتمع، تعيش في عزلة عن مجريات الأمور، ولا يسعى المجتمع إلى اشتراكها في حياته العامة.

وإذا كانت منظمة الصحة العالمية ترفع شعار "الصحة للجميع" إستراتيجية للصحة مع مطلع القرن الحادي والعشرين فإن هذا الشعار لم يجد طريقه للمساواة بين الشخص المعاق والسوي، وما يزال المعاقون في معظم أنحاء العالم يعانون من مشكلات تتعلق بحصولهم على الخدمات التربوية والاجتماعية والصحية التي يحتاجون إليها.

ويكفي للتدليل على ذلك أن منظمة الصحة العالمية تقدر بأن الخدمات التي تقدمها المدارس الخاصة في الوقت الراهن لا تلبي سوى نسبة تتراوح بين (١٪) إلى (٣٪) من احتياجات الأشخاص المعاقين الذين يحتاجون إلى التأهيل في البلدان النامية أكثر من ذلك نجد أن نسبة المعوقين في المؤسسات الخاصة في معظم بلدان العالم (فيما عدا الولايات المتحدة الأمريكية وبعض دول أوروبا لا تتجاوز (٥٪) وبعبارة أخرى فهناك (٩٥٪) تقريبًا من المعوقين في تلك البلاد لا يتلقون رعاية منظمة.

وفي إطار هذه الحقائق ومع التسليم بأن التفوق في حد ذاته ليس له دور يذكر في حياة الفرد من المعوقين، بقدر ما يكون لاتجاهات المجتمع والأفراد

المحيطين به دورهم في اضطراب حياته النفسية بسبب الإشفاق عليه والإعفاء من المسئولية، والإشعار المستمر بعدم القدرة والحد والحرمان من الحياة الطبيعية وإبراز جوانب العجز فيه وإهمال جوانب القوة فيه، مما يزيد حالته النفسية تعقيدًا، ويجعل المعاق أميل وأسرع إلى العزلة وتحاشى الصدام الاجتماعي أو المناقشة حتى مع من يشبهونه في جوانب العجز أو نواحي القصور الجسمي أو العقلي، وهنا يجب إشباع الحاجات الأساسية كالحاجة إلى الأمن والحاجة إلى الشعور بالنجاح والحاجة إلى إثبات الذات والحاجة إلى الحب والتواد حتى يستعيد المعاق توازنه النفسي بينة وبين البيئة.

من هنا برزت على الساحة قضية الدمج الاجتماعي والأكاديمي كإستراتيجية تربوية بديلة أصبحت معظم بلدان العالم المتقدمة تأخذ بها بأمل أن يؤدي الفهم الأكبر لأوضاعهم إلى قبولهم ومراعاة احتياجاتهم المتنوعة في مدارسنا ومجتمعنا بهدف التمكين الاجتماعي لهم.

رابعًا :مفاهيم أساسية في مجالي الإعاقة والتأهيل:

وضعت منظمة الصحة العالمية عام ١٩٨٠م تصنيفات عالمية للاعتلال أو (العاهة) والعجز والإعاقة تبين الفرق ما بين المفاهيم:

الاعتلال (العاهة): هو أي فقدان أو شذوذ في البيئة أو الوظيفة النفسية أو الفسيولوجية أو العضوية.

العجز: مصطلح يشير إلى أي انحراف في الوضع الجسمي أو الأداء الوظيفي ينتج عن عدم ملائمة وظيفة في الأداء في إطار ماتفرضه الظروف البيئية من متطلبات.

أو العجز: هو أي حد أو انعدام (ناتج عن اعتلال) للقدرة على تأدية نشاط بالشكل أو في الإطار المعتبر طبيعياً بالنسبة للكائن البشري.

يلخص مصطلح العجز عددًا من أوجه التقصير الوظيفي المختلفة التي تحدث لدى أي مجموعة من السكان في جميع بلدان العالم، وقد يتعرض الناس باعتلال بدني أو لأمراض يمكن أن تكون طبيعتها دائمة أو مؤقتة.

الإعاقة: مصطلح يشير إلى العبء الذي يفرض اجتماعيًّا على الأفراد نتيجة للأحكام والتقييمات التي يصدرها المجتمع على الانحرافات الجسمية والوظيفية.

أو هي (الإعاقة) ضرر يمس فردًا معينًا، وينتج عن اعتلال أو عجز يحد أو يمنع تأدية الدور الطبيعي لهذا الفرد (حسب الجنس والسن والعوامل الاجتماعية أو الثقافية)

أو الإعاقة ذلك النقص أو القصور المزمن أو العلة التي تؤثر على قدرات الشخص فيصبح معوق سواء كانت الإعاقة جسمية أو حسية أو عقلية أو اجتماعية الأمر الذي يحول بين الفرد وبين الاستفادة منها، كما تحول بينه وبين المنافسة المتكافئة مع غيره والأفراد العاديين في المجتمع، لذا فهو في أشد الحاجة إلى نوع خاص من البرامج التربوية التأهيلية وإعادة التدريب وتنمية قدراتهم رغم قصورها،

حتى يستطيع أن يعيش ويتكيف في مجتمع العاديين بقدر المستطاع ويندرج معه وهي حق طبيعي للمعوق.

ويمكن توضيح العلاقة مابين المفاهيم الثلاثة من خلال المثال التالي:

شخص مكفوف لديه اعتلال سوف يؤدي إلى محدودية في النشاط ومحدودية في استقبال المعلومات أو الرؤية (العجز) ونتيجة لهذا العجز فإنه غير ذي فائدة بسبب أنه لايستطيع قيادة السيارة أو يمكن أن تكون لديه صعوبات في أداء عمله لذلك فعجزه يؤدي إلى إعاقة.

هذا ومصطلح «ذوو الاحتياجات الخاصة» يقوم على أساس أن المجتمع يتكون من فئات متعددة، وأن من بين تلك الفئات فئات تتفرد بخصوصية معينة، ولا يشتمل هذا المصطلح على أي كلمات تشير إلى سبب تلك الخصوصية.

ولدراسة الفئات الخاصة لابد لنا التعرف على طبيعة الشخصية الإنسانية حيث يمكن النظر إلى الشخصية بأنها" نسق كل ينقسم إلى مجموعة من الأنساق الفرعية نسق جسمي – عقلي – نفسي – اجتماعي في تفاعل دينامي مستمر وهذه الأنساق الفرعية تنقسم إلى انساق أصغر فأصغر في تنظيم ديناميكي ويتحدد من خلاله طريقة الإنسان في التكيف مع البيئة.

- النسق الجسمي : الطول- القصر- النحافة- البدانة- العاهات .... إلخ.
- النسق العقلي : الذكاء- التفكير- التخيل- التذكر .... إلخ.
- النسق النفسي : الحاجة للحب- التقدير – الانتماء- إثبات الذات .... إلخ.

- النسق الاجتماعي: القيم- العادات- التقاليد- وسائل الضبط الاجتماعي ... إلخ. .

❖ والإنسان من خلال عملية التنشئة الاجتماعية تنمو شخصية في إطار التفاعل بين عوامل الوراثة وعوامل البيئة بدرجات تأثير متباينة ومتبادلة. وتبدأ شخصية الإنسان في النمو منذ لحظة الحمل وذلك من خلال التفاعل والاتصال بين الجنين والأم مرورا بمرحلة الميلاد والعوامل المرتبطة بالمناخ الأسري في استقبال المولود ثم الخبرات التي يمر بها إيجابا أو سلبا خلال عملية التطبيع الاجتماعي في المراحل العمرية المختلفة وذلك في إطار سعيه لإشباع حاجاته وإزالة ما يترتب على طريقة إشباعها من توتر عن طريق استجابات معينة تحقق قدرا من التوافق الملائم.

وفي إطار ماسبق يمكن توضيح عدة نقاط هي:-

أ- أن شخصية الإنسان تنظيم دينامي يتأثر بعوامل فطرية ومكتسبة.

ب- أن حياه الإنسان سلسله متصلة من عمليات التوافق حيث أنه في سبيل إشباع احتياجاته التي تتسم "بالتعدد- والتجدد- والنسبية" يعدل من سلوكه أو دوافعه بحسب الموقف الذي يتعرض له لتزداد قدرته على إشباع هذه الاحتياجات.

ت- انه كي يكون الإنسان سويا ينبغي أن يكون توافقه مرنا- (أي يكون ديناميًا) ليتلاءم مع طبيعة الموقف الذي يمر به.

ث- يرتبط التوافق بقدره الفرد على أن يتكيف تكيفًا سليمًا وأن يتواءم مع بيئة الاجتماعية أو المادية أو المهنية أو مع نفسه.

ج- أن التوافق عملية معقدة إلى حد كبير حيث تتضمن تفاعل وتوائم بين جوانب الشخصية – جسمية – عقلية – نفسية – اجتماعية.

ح- تعرض الإنسان للتغير والتغيير بصفة مستمرة وكذلك تغير احتياجاته مع عدم قدرة الفرد على إشباع كافة احتياجاته ، كل ذلك يجعل من التوافق عملية ديناميكية ومستمرة.

مكونات الشخصية :-

- عندما يحاول العلماء تفسير كيفية ظهور الشخصية وتحديد مكوناتها فإنهم ينقسمون إلى قسمين رئيسين بشكل عام؛ إذ يرى فريق من العلماء أن الشخصية هي نتاج لعمليات التعلم، وأن الطفل حديث الولادة لا شخصية له في نظرهم، وأنه يتحتم على أي طفل أينما كان أن يكتسب شخصيته عن طريق التفاعل مع عناصر المجتمع ومن خلال عمليات التوافق التي يجريها بينما يرى فريق آخر من العلماء أن الطفل يرث بعض مكونات شخصيته وهو ما يشكل الأساس الذي يقوم عليه بناء الشخصية فيما بعد.

- ومهما كان اتجاه العلماء وطبيعة تصوراتهم، فإنه من المتفق عليه أن هناك مكونات وعوامل طبيعية فطرية يولج الفرد مزودًا بها ، وأخرى بيئية تعليمية تساهم بشكل أساسي في تطور شخصيته .

- فالطريقة التي يتم من خلالها مقابلة حاجات الطفل العضوية وكيفية إشباعها ، والسرعة التي تتم بها هذه العملية ، ومدى ثبات تلك العملية وإستمراريتها ، ويستخلص بعض العلماء من ذلك أن سلوك الطفل حديث الولادة يخضع لسيطرة الجهازين الهضمي من جهة والبولي التناسلي من جهة أخرى.

ويمكن النظر إلى مكونات الشخصية على أنها تلك العوامل التي تؤثر في الشخص نفسه مما يؤدي إلى تأثير بالتالي على سلوكه وتصرفاته وطبيعة علاقته بالآخرين . ومن طبيعة هذه المكونات أن تكون داخلية أو خارجية موروثة (فطرية) أو مكتسبة . وهي من الصفات الثابتة على الرغم من اختلاف تأثيرها نسبيا تبعا لمجموع العوامل المؤثرة في الشخص . وقوة المثيرات التي تدفعه إلى اختيار استجابة معينة ، ومدى ترابط تلك الصفات ومستوى تفاعلها .

- **وتوجد ثلاثة عوامل رئيسية تشارك في تركيب مكونات الشخصية وهي :**

١- الصفات الفطرية الأساسية:

وهي تمثل مجموع القدرات والاستعدادات والصفات العقلية والجسمية التي يولد الفرد مزودا بها والتي يتشابه جميع أفراد النوع فيها ، وتتمثل بعض تلك الصفات والمكونات في استعداد الفرد الطبيعي للاستجابة للمثيرات الداخلية والخارجية التي تعتمد بدورها اعتمادا كبيرا على سلامه الجهاز العصبي وأجهزة الحس لديه على مستوى ذكائه وعلى سماته المزاجية ودوافعه وعلى قدرته على التوافق مع البيئة.

٢- الاتجاهات (العادات) :

وتؤثر اتجاهات الفرد على علاقته بالآخرين كما ترتبط بمجموعة من العوامل البيئية الأخرى . وينتج عن هذه الاتجاهات في صورتها الايجابية شعور الفرد بالاطمئنان والحب والانتماء مع وضوح مفهوم الذات لديه. ويعني ذلك قدرة الفرد على تحديد الصورة التي يرى نفسه عليها وما يستطيع عمله أو ما لا يقدر عليه ، وذلك اعتمادا على ما يصله من مجموع انطباعات الآخرين عنه . وقد تؤدي علاقة الفرد بالآخرين في حالة انحرافها إلى انحراف الشخصية واتجاهها في مسار غير اجتماعي (غير سوي).

٣- العوامل الأخرى : وهي تتضمن :-

أ- الدوافع:

- مما لاشك فيه أن لكل إنسان أهدافاً معينه يسعى إلى تحقيقها سواء كانت ثقافيه أو اجتماعيه أو اقتصاديه أو نفسيه أو غيرها فالحاجة إلى المعرفة تدفع الفرد إلى مواصلة القراءة والاطلاع على كل جديد فيما يميل إليه من فروع العلم والمعرفة من أجل التوسع في فهمها وإتقانها وترسيخ حقائقها في ذهنه . ويمكن تتبع هذه الدوافع بشكل واضح من الاطلاع على قصص العلماء والمخترعين الذين لا يثنيهم فشل التجربة مرة أو مرات عن مواصلة العمل بصبر ومثابرة إلى أن يتوصلوا إلى تحقيق النتائج المفترضة والمتوقعة أو الاقتناع بخطأ فروضهم وعدم صحتها من الناحية العلمية . وقد ساهم ذلك بشكل كبير في تقدم البشرية وتغيير وجه الحياة على سطح الأرض في كثير من الجوانب.

- وأحيانا ما يذكر الدافع في نظريات الشخصية تحت أسماء متعددة منها : الدافع، والحافز ، والحاجة ، والرغبة ، وغيرها . على أن الشيء المهم هو أن

جميع هذه المفاهيم وما شابهها تعني شيئا واحدا وهو وجود نوع من الضغط الداخلي على الفرد للقيام بعمل ما أو نشاط ما أو أدى سلوك معين لإرضاء ذلك الشعور مهما تعددت الصور التي تعبر عنه. وقد توجد بعض هذه الدوافع في صورة عضوية مما يسهل معه اكتشافها ومتابعة تطورها عن طريق مظاهر السلوك المصاحب لها مثل الحاجة إلى المأكل والمشرب أو النوم والراحة، بينما تعترض الباحث بعض الصعاب في مجال دراسة الدوافع الاجتماعية أو الوجدانية مثل الحاجة إلى الحب أو الصحية أو العطف أو التحصيل .

ب- عامل السيطرة:

ويعني هذا العامل أن سلوك الفرد ليس عشوائيا وإنما منظم وهادف ، في حاله الشخصية السوية ويعني ذلك وجود جهاز للتنظيم العصبي يتكون من مراكز وشبكات عصبية تقوم بمهمة استثارة وتنبيه الفرد أو حثه على الكف والتوقف عن ممارسة سلوك معين . وتتولى الأعصاب مسؤولية التحكم في أي نشاط بشري وتنظيمه سواء كان حركيا عضليا أو فكريًا أو انفعاليًا.

ج - عامل التنظيم:

لما كان من غير المعقول أن يترك الأمر لدوافع الفرد في العمل بطريقه مطلقه لتحقيق أهدافه أو إشباع حاجاته، حتى ولو أدى الأمر إلى سلوك طرق فوضوية او غير اجتماعيه ومخالفه للقوانين ولكي لا يصبح السلوك متناقضا مما يفقده صفه الثبات النسبي اللازم لتحقيق القدرة على إمكانية التوقع به قبل حدوثه، لذا كان من الضروري وجود نوع من التنظيم الداخلي للسلوك لضمان الكف عن تحقيق الرغبات غير الاجتماعية على سبيل المثال مع مواصلة العمل على إرضاء الحاجات الأخرى التي لا تتعارض مع الاتجاهات الاجتماعية ولا تمثل

خروجا على القوانين والنظم بها . هذا بالاضافه إلى أن لعامل التنظيم وظيفة أخرى لا تقل أهمية وهي قيامه بالتنسيق بين عوامل الشخصية ومكوناتها المتعددة بحيث تبدو الصورة الإجمالية لشخصية الفرد في شكل متناسق ومترابط .

- محكات الشخصية السوية

يكون بلورة مجموعة من المحكات للشخصية السوية وهي:-

١- شعور كاف بالأمن.

٢- درجة مقبولة من تقويم الذات أي الاستبصار.

٣- أهداف واقعيه في الحياة.

٤- اتصال فعال بالواقع

٥- تكامل وثبات في الشخصية.

٦- القدرة على التعلم من الخبرة.

٧- تلقائية مناسبة.

٨- انفعالية معقولة.

٩- القدرة على إشباع حاجات الجماعة مع درجه ما من التحرر من الجماعة .

١٠- رغبات جسدية غير مبالغ فيها مع القدرة على إشباعها في صورة مقبولة.

❖ هـذا وهنـاك عـدة معـايير اسـتخدمت لتوضـيح مفهـوم الشخصـية السـوية وتمييزها عن الشخصية غير السوية وهذه المعايير هي :

أولا : المعيار الإحصائي:

- ويشـير مفهـوم السـوية إلى تلـك القاعـدة الإحصـائية المعروفـة بـالتوزيع ألاعتـدالي الـتي تقـوم علـى التوزيـع ذي الحـدين فيأخـذ التوزيـع شـكل المنحنـى الجرس طرفا متناسقان بحيث لو قسمنا عند المنتصف بخط رأسـي فإننـا نحصـل على نصفين متكافئين.

- ويشير السواء إلى المتوسط العام لمجموعه الخصائص والأشخاص في حين يشير اللاسواء إلى طرفي المنحنى وتعني الشخصية اللاسوية انحراف سلوك الفـرد عـن الآخـرين والشـخص اللاسـوي هـو الـذي ينحـرف عـن المتوسـط العـام لتوزيـع الأشخاص أو السلوك.

وهذه المظاهر اللاسويه من الناحية الاجتماعية قد يأخذ بعضها طابعا ايجابيا مثل الذكاء المرتفع أو العبقرية والابتكار وهو ما يعرف باللاسواء الايجابي، في حين أن المظاهر اللاسويه الأخرى قد تكون ذات طبيعية سلبيه كالأمراض النفسية أو العقلية أو السلوكية أو الخلقية .

ثانيًا : المعيار القيمي :

من الصعب تحديد مفهوم الشخصية السوية بمعزل عن النظـام القيمـي، ومـن المنظور القيمي الأخلاقي يستخدم مفهوم السـوية لوصـف مـدى اتفـاق سـلوكنا مـع المعايير الأخلاقية في المجتمع وقواعد السلوك السـائد فيه وكيف يكـون سـلوكنا مقبولا بالنسبة لأنفسنا وللآخرين .

ويشير مفهوم الشخصية السوية الى قدرة الفرد على أن يكون سلوكه متسقا مع المعايير القيمية والأخلاقية في المجتمع . والقدرة على موافقة السلوك للأساليب أو المعاني التي تحدد التصرف أو المسلك السليم في المجتمع ويعتبر الأسلوب الاتفاقي مقبولا لذاته لأن الممارسات العامة لمعظم الناس في مجتمع من المجتمعات هي الأساس السليم لتحديد معايير السلوك لدى الفرد بصفه عامة.

ثالثًا: المعيار الثقافي :

- الشخصية الإنسانية هي بدرجة كبيرة انعكاس للواقع الثقافي الذي يعيشه الفرد فالمجتمع وثقافته بما يخلفانه من أشكال التفاعل الإنساني ومما ييسرانه من ظروف لنمو الشخصية وتشكلها يمثلان محددات رئيسية فالإنسان (الشخصية) كائن حي، اجتماعي وتاريخي ، يشتق الكثير من حياته من التركيبات الاجتماعية والتاريخية، وهو كائن محكوم ببعدي الزمان والمكان، يكون أسلوب حياته انعكاسا لثقافة عصره.

وعادة ما ينطوي مفهوم الشخصية السوية على بيئة صحية خاليه إلى حد كبير من عوامل الضغط والشدة، ومثل هذه البيئة تيسر مقومات النمو السوي وتقلل من عوامل التأزم والاضطراب لذا فانَّ مفهوم الشخصية السوية لا ينفصل عن الإطار الثقافي وعما يستحسنه ويثيبه من أنماط السلوك وعما يقره من قواعد ومعايير للسلوك والعلاقات.

- **ولعلَّ من الصواب أن نؤكد أن هذا المعيار أقرب إلى المعيار الإحصائي فيما عدا أن المعايير الثقافية للحكم على السوية تكون كثيرة ومتعددة ذلك لان الثقافة نسبية فما هو سوي في جماعه يعتبر شاذًا في جماعة أخرى.**

وهذا المفهوم الثقافي للسوية يرى أن الأفراد المسايرون هم الأسوياء في حين أن غير المسايرين هم غير أسوياء ، ورغم ما للمسايرة من أهمية في عملية التوافق إلا أنها قد تفتح المجال أمام الانتهازية والتقبل غير الناقد لأوضاع غير سليمة وقد تغلق الباب أمام غير المسايرين الذين يجتهدون ببصيرة في سبيل بناء المجتمع وتطوره.

رابعًا : المعيار الذاتي (الظاهري):

وهو السوية كما يدركها الشخص ذاته في نفسه فبصرف النظر عن المسايرة أو التوافق اللذين قد يبديهما الشخص على أساس المعايير السابقة فالمحك الهام هو ما يشعر به الشخص وكيف يرى في نفسه الاتزان ، فمثلا الشخص يشعر بالقلق أو التعاسة فإنه يعد وفقا لهذا المعيار الذاتي غير سوي.

وعلى ذلك فالمشكلة ليست هي الصراعات والضغوط والتوترات من عدمها فهي مفروضة على الإنسان بحكم طبيعة العصر إنما المشكلة هي مقدرة الإنسان على مواجهة هذه الضغوط وتنمية هذه المقدرة على المواجهة بما لا يخل بالتوازن النفسي للفرد.

خامسًا : المعيار الإكلينكي :

قد يتحدد مفهوم السوية أو الصحة في ضوء المعايير الإكلينكيه لتشخيص الأعراض المرضية فالسوية أو الصحة تتحدان على أساس غياب الأعراض والخلو من مظاهر المرض ، أما اللاسويه فتحدد بوجود أعراض المرض أو الاضطراب.

إلا أنه يجب الإشارة إلى أن الخلو العام من الأعراض مفهوم سلبي للصحة أو السوية ، كما انه مفهوم ضيق ومضلل فمن الصعب غالبا أن نفصل هذا المفهوم عن التضمين الايجابي للسوية لأنه لا يكفي أن يخلو الشخص من الأعراض

المرضية لنعتبره سويا ، وإنما ينبغي أيضًا أن تلقى أهدافه وطاقاته وخبراته توظيفا فعالا في مواقف الحياة المختلفة فيحقق ذاته على نحو بناء.

سادسًا: معيار النمو الأمثل:

- أدى قصور المعيار الإكلينيكي وهو معيار طبي سلبي إلى تبني نظرة أكثر ايجابية في تحديد معيار الشخصية السوية ، فقد حددت منظمة الصحة العالمية مفهوم الصحة على أنها "حالة من التمكن الكامل الجسمي والعقلي والاجتماعي وليس مجرد الخلو من المرض والعجز ".

وفقا لهذا المعيار وهو معيار طبي ايجابي يتجاوز مفهوم الشخصية السوية ما هو ابعد من المتوسط أو العادي فهذا المعيار يؤكد على النمو الأمثل أي على تحقيق إمكانات الفرد وعلى تحقيق الذات كمحكات للشخصية السوية.

ورغم ما ينطوي عليه مفهوم النمو الأمثل من قيمة بالغه في تحديد مفهوم الشخصية السوية إلا انه من الصعب أن نحدد أي نموذج من السمات أو الأنماط السلوكية يشكل النمو الأمثل، فما يعتبره الناس مرغوبًا وأمثل يعكس ثقافة المجتمع كما يعكس المعتقدات والقيم الشخصية للفرد الذي يصدر أحكامه بشأن المستوى الأمثل من نمو الشخصية ، ومن ثم فان مفهوم النمو الأمثل مبدأ عام وليس محكات يمكن تحديدها وقياسها بدقة.

- ومن العرض السابق يتضح تعدد المعايير التي على أساسها يمكن تحديد الشخصية السوية ، غير أن هذا لا يعني أن كل معيار يناقض الأخر أو يحجبه ، كما لا يعني المفاضلة بينها ، وإنما يعزي هذا التعدد إلى أنَّ ما يحدد سوية الشخصية عوامل ومتغيرات عديدة متداخلة ، ولذلك فرغم تحديد هذه المعايير

كمحكات منفردة ، فإنَّ المتمعن فيها يجد أنها متداخلة فيما بينها بل ويصعب أن نفصلها عن بعضها.

بل أن الاختلاف بين الشخصية السوية والشخصية غير السوية أو بين الشخص حسن الصحة النفسية والشخص سيئ الصحة النفسية هو في حقيقته اختلاف في الدرجة وليس في النوع.

يعني ذلك أيضا أن الشخصية السوية مفهوم نسبي بيد أنه لا ينبغي أن يفهم من هذا أنه لا توجد صورة عامه للشخصية السوية وهذا ما سنوضحه.........

❖ خصائص الشخصية السوية:

اتفقت معظم الكتابات على أن خصائص الشخصية السوية تتحدد فيما يلي:

١- التحكم في الذات:

وتنمو هذه الخاصية نتيجة لنمو قدرة الإنسان على استخدام الرموز وما يترتب عليها من القدرة على التصور المسبق للأمور مما يؤدي إلى نمو قدرة الإنسان على التحكم في سلوكه عن طريق توقع نتائج أفعاله.

٢- المسئولية الشخصية:

عندما تزداد قدرة الإنسان على التحكم في ذاته تقل حاجته إلى سلطة خارجية تعمل على التحكم في سلوكه وتجعله يتصرف طبقا لمعايير معينة وكما يرى الإنسان نتائج أفعاله مسبقا ويتحكم في سلوكه نتيجة لذلك، فانه يتحمل المسئولية عن هذه الأفعال .

٣- **المسئولية الاجتماعية:**

تشتق هذه الخاصية من الطبيعة الاجتماعية التي تتميز إلى الآخرين تكوين علاقات حميمة معهم وجبه لهم ويتكون هذا الحب في الطفولة حين يدرك الطفل في وقت مبكر أن إشباع حاجاته مرتبط بقيام شخص أخر بتحقيق هذا الإشباع يكون في البداية الوالدة أو الوالد ، غير أن الطفل يتعلم تدريجيًا أن سلوك الآخرين الذي يشبع حاجاته يستمر فقط إذا تجاوب معهم وأصبحت علاقاته تتسم بتبادل الحب وتحقيق الإشباع.

٤- **الاهتمام الاجتماعي الديمقراطي:**

وتأتي هذه الخاصية من أن كل فرد يدين بإنسانية للجماعة التي مكنته من أن يعيش بالرغم من عجزة بعد الولادة ، ومن ثم فان ذاته تتحقق من خلال عمل الآخرين ، ولذلك يجب أن يعمل على تدعيم هذه الجماعة وتنميتها.

٥- **المثل:**

لان الإنسان لدية القدرة على تصور الممكن فان الشخص السوي يمكن أن تكون لديه مثل ومعايير يحاول أن يعيش طبقا لها ولو كانت بعيده عن أن تتحقق في حاضره.

الحاجات الإنسانية:

- إن استمرار حياة الإنسان تقوم في جوهرها على اعتماد على بيئته في إشباع حاجاته المختلفة الفسيولوجية والسيكولوجية ولا يستطيع أن ينمو نموا سليما دون إشباعها . وتعرف الحاجة بأنها حالة من النقص والافتقار تقترن بنوع من التوتر والضيق لا يلبس أن يزول متى قضيت الحاجة وزال النقص سواء أكان هذا

النقص ماديًّا أو معنويًّا . والحاجات الإنسانية هي المحرك الأساسي لكل التعامل وتتحدد مفهومها تبعا للمحددات التالية:

- الافتقار إلى شيء ضروري أو الشعور بالحرمان.
- يصاحب هذه الحالة شعور قوى بضرورة إشباع هذه الرغبة.
- معرفة الإنسان بالوسيلة الكفيلة بمقابلة هذه الحاجة.
- بإشباع الحاجة يزول الشعور بالقلق والتوتر .
- الحاجة مهما أشبعت فهي لا تزول تمامًا.

❖ **تصنيف الحاجات الإنسانية:**

(١) **حاجات نفسية:** وهي وان كانت تصنف بطرق متعددة ولكن ثمة اتفاق على أنها تشمل الحاجة إلى الأمن والحاجة إلى التقبل والحاجة إلى النجاح والتحصيل والحاجة إلى حرية التعبير الحاجة إلى سلطة ضابطة أو موجهة والحاجة إلى المحبة والحاجة إلى الانتماء .

(٢) **الحاجات البيولوجية أو الصحية:** فكل كائن قد زوده الله بمجموعة من الأجهزة البيولوجية تعمل في تناسق من أجل أن يستمر الكائن الحي في وجوده فهو في حاجة إلى الأكل والشرب والتنفس والإخراج.

(٣) **الحاجات الاقتصادية:** من الحاجات الأساسية لدى الإنسان الحاجة إلى مورد ودخل مادي يستطيع أن يشبع به احتياجاته المتعددة من ملبس ومأكل ومسكن...الخ ويتطلب ذلك عملاً يؤديه.

(٤) **الحاجة الاجتماعية:** ولكون الإنسان كائن اجتماعي فتبرز الحاجات الاجتماعية كحاجات مؤثرة على السلوك الإنساني وتزداد أهميتها في

تحقيق التوازن الاجتماعي والقدرة على التوافق مع البيئة المحيطة ، الحي للموائمة بين مطالبة ومطالب بيئته سواء بتغيره هو ليستجيب لمطالب البيئة أو بتغييره للبيئة لتستجيب لمطالبه، وبأنه عملية واحدة ولكم يمكن النظر إليها من زوايا متعددة ، ويذكر انه يقوم على اعتبار عملية التوافق عملية بين طرفين المحيط الاجتماعي ، والفرد اللذان يتبادلان التأثير والتأثر والتغيير والتغير بحيث قد يستطيع الفرد أن يغير في المؤثرات الاجتماعية التي يتعرض لها لكي تصبح اشد ملائمة لمطالبة أو أن يعدل من مطالبه وحاجاته لكي يوافق بينها وبين هذه المؤثرات.

ويرى المهتمون بدراسة التوافق أن هناك أنواعًا متعددة هي:

(١) **التوافق الاجتماعي:**

وهو العلاقات الحسنه بين الفرد والبيئة أي أن التوافق الاجتماعي هو رد طبيعي لكل تغير ينشأ في المجتمع سواء ما يطرأ على الأفكار والآراء والعادات في الرغبة من التحول عنها ، أو عن طريق التقدم التكنولوجي أو عن طريق تغير الفرد لسلوكه وذلك بما يلائم سلوك المجتمع المتغير.

(٢) **التوافق البيولوجي:**

وهو ما يعني به توافق الفرد الشخصي وهو مشروط باستمرار حياه الفرد أي انه عملية تفاعلات داخلية مستمرة طالما هناك إدراك وفهم لطبيعة دور الفرد في هذه العملية يكون الفرد راضيا عن نفسه ويعيش حياة نفسية خالية من التوترات والصراعات إنما قد حقق توافقه البيولوجي.

(٣) التوافق النفسي:

هو السلوك الذي يحقق الفرد أقصى درجه من الاستغلال للإمكانيات البيئية والاجتماعية التي يختص بها الإنسان دور سائر الكائنات الحية، ولكن هذا لا يعني أن الفرد بإمكانه أن يصل إلى حالة توافقية مستمرة وذلك لاحتمال تعرضه إلى مواقف معينة قد تواجهه في حياته تكون هي المحددة لقوة توافقه أو ضعفها بين دوافعه ورغباته ، فالتوافق النفسي تتميز بالضبط الذاتي أي انه توافق انفعالي يهدف إلى خلق سلوك متوافق سواء بين الفرد وبين نفسه أو بينه وبين بيئته من وجهة أخرى.

وتتحدد عوائق التوافق في:

- العوائق الاجتماعية: كحالات الترمل والهجر والطلاق .
- العوائق الاقتصادية: كالدخل المحدود والبطالة.
- العيوب الشخصية: كالعاهات بأنواعها.
- الصراع النفسي: كتعارض حاجات الفرد الشخصية مع متطلبات واقعه الاجتماعي وما يثيره ذلك من صراع نفسي.

وهذا يعني أن نضع في اعتبارنا أنه بالرغم من تداخل مفهومي التوافق والتكيف فإن هناك بعض الفروق بينها منها:

- أن التوافق عملية ديناميكيه مستمرة تنشأ من عملية التغيير المستمر لكل من الفرد والبيئة، أما التكيف فهو عملية من جانب واحد أي أن الفرد

هـو الـذي يقـوم بهـا مغيرا في سـلوكه بمـا يتلاءم مـع المواقـف الجديـدة أو التغير في البيئة .

- أن التوافـق عمليـة تـتم نتيجـة لإحـداث تخطـيط مقصـود يسـتهدف إحـداث تعديل في سلوك وعادات الفـرد أو يسـتهدف إحـداث بعـض جوانـب التعـديل في البيئة أو في كليهما حسب الموقف، أما التكيف فيـتم بطريقـة تلقائيـة دون تخطيط مقصود حتى يلائم المواقف الجديدة.

<u>**سابعًا: تعريف الفئات الخاصة:**</u>

<u>**التعريف الأول:**</u>

تعرف الفئات الخاصة بأنهم " **الأفراد الذين يختلفـون عمـن يطلـق علـيهم لفظ عادي أو سوي في النواحي الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية أو النفسية أو المزاجيـة إلى درجـة تسـتوجب عمليـات التأهيـل الخاصـة حتـى تصـل إلى استخدام أقصى ما تسمح به قدراته ومواهبه** "

❖ ويلاحظ أن هذا المفهوم يركـز على الفئـات الخاصـة غـير السـوية فقـط والـتي تعـاني مـن قصـورا في الناحيـة الجسـمية أو العقليـة أو الاجتماعيـة أو النفسية وأنهم يحتاجون إلى عملية تأهيل.

<u>**التعريف الثاني:**</u>

هي كل مجموعة من " **الأفراد في المجتمع بغض النظر عـن السـن أو الجـنس أو الدين يتميز أفرادهـا بخصـائص أو سمـات معينـة إمـا أن تعمـل علـى إعاقـة نموهم وتفاعلهم وتوافقهم مع أنفسهم ومع البيئة المحيطة** "

❖ ويلاحـظ أن هـذا المفهـوم أنـه يشـير إلى النـواحي السـوية نجـد العبـاقرة أو الموهوبين وأصحاب القدرات الخاصـة وفي النـواحي المرضـية نجـد كافـة ألـوان

النقص أو المرض أو الاضطراب الجنسي أو العقلي أو النفسي أو الخلقي الذي يعوق نمو الشخصية وتقدمها وكافة مجالات النشاط الإنساني.

بعض تصنيفات الفئات الخاصة:

إزاء المفاهيم السابقة للفئات الخاصة ظهرت تصنيفات لها نذكر منها:

التصنيف الأول: أصحاب عجز ظاهر وغير ظاهر:

(أ) ويقصد بالعجز الظاهر أصحاب العاهات البدنية أو الجسمية كالمكفوفين والمقعدين والصم ومبتوري الأطراف والمتخلفين عقليا والمرضى العقليين.

(ب) أما العجز غير الظاهر فهم أصحاب مرضى القلب والفشل الكلوي .....

التصنيف الثاني: فئات خاصة سوية وأخرى غير سوية:

(أ) الفئات الخاصة غير السوية وتنقسم إلى:

- أصحاب عجز حسي: وهم المكفوفين والصم باختلاف درجاتهم.
- أصحاب عجز عقلي: وهم مرضى العقول وضعفائها.
- أصحاب عجز اجتماعي: وهم الفئة التي تواجه درجة من درجات العجز في تفاعلهم مه بيائتهم.
- أصحاب عجز خلقي: ويتمثلون في فئة المنحرفين كبار وهم ....

(ب) الفئات الخاصة السوية : وتشمل العباقرة والموهوبون حيث أنهم يحتاجون كذلك إلى لون من ألوان الرعاية والعناية الخاصة.

التصنيف الثالث: تبعًا للمجالات التي تستخدم فيها العلاج:

وتنقسم إلى:

(أ) الإصابات بجميع أنواعها وهي:

- الكسور والتي قد تنشأ عنها تيبس مؤقت في المفاصل أو دائم.

- إصابات أخرى كالحروق والجروح التي تؤدي أيضا إلى تيبس في المفاصل أو شلل الأطفال.
- بتر الأطراف.

(ب) فقد البصر أو ضعفه والسمع والنطق.

(ت) الأمراض الباطنية والسل وأمراض القلب وأمراض المفاصل المزمنة.

(ث) الأمراض العقلية والاضطرابات النفسية.

<u>**التصنيف الرابع:**</u> ويشمل:

(١) <u>**فئات تعاني من نقص أو اضطراب أو مرض جسمي وتتضمن:**</u>

(أ) كل من يعوزه قدرة جسمية لأي سبب من الأسباب ويندرج تحت هذا فئات ذوى العاهات الجسمية والمشوهين والمسنين.

(ب) كل من يعوزه قدرة حسية خاصة وتشمل الصم والبكم والمكفوفين.

(٢) <u>**فئات تعاني من نقص أو اضطراب عقلي وانفعالي وتشمل:**</u>

المرضى عقليًّا ونفسيًّا.

(٣) <u>***فئات تعاني من نقص أو اضطراب خلقي :***</u>

وتشمل مدمني المخدرات والخمور وحالات الاضطرابات الجنسية في صورها المختلفة والمجرمين والأحداث المنحرفين والمشردين.

- <u>وهذا يعني أنه يمكن تصنيف الفئات الخاصة إلى:</u>

(١) <u>**فئات خاصة (لا سويه إيجابية):**</u>

وتتضمن الأفراد ذوى القدرات الخاصة والتي لها دلالة معينة في طريقة التفاعل مع المجتمع الخارجي وبالتالي تحتاج إلى نوع خاص من الرعاية

الاجتماعية والنفسية التي يقوم بها الأخصائي تمييزا لها عن الفئات العادية.

(٢) <u>فئات خاصة (لا سويه سلبية):</u>

وتنقسم تبعا لمكونات الشخصية الإنسانية إلى:

❖ **من الناحية الجسمية:**

وتتضمن الأفراد الذين يصابون بإعاقة إما حركية أو حسب تحول دون قدرتهم على أداء الأدوار الطبيعية التي يمارسها الفرد العادي في المجتمع مما يؤثر على قدرتهم في التكيف مع المجتمع، ومنها:

<u>من ناحية الحركية:</u> وقد تكون الإعاقة ظاهرة مثل البتر والسل وقد تكون الإعاقة غير ظاهره مثل مرضى القلب والسرطان.

<u>من ناحية الجسمية:</u> ومن أمثلتها الصم والبكم والمكفوفين.

❖ **من الناحية النفسية:**

ومن أمثلتها المرضى النفسيين مثل الاكتئاب النفسي.

❖ **من الناحية العقلية:**

تتحدد مكانه الفرد بمدى ما يقدمه للمحيطين به وللمجتمع من طاقات عقليه وذهنية تتعلق بالقدرة على التخيل والتذكر والاستنتاج والانجاز وهذه الفئة تعاني نقصا في تلك النواحي ومن أمثلة ذلك حالات الضعف العقلي.

❖ **من الناحية الاجتماعية والأخلاقية:**

وهـم فئـات الانحـراف الاجتمـاعي والـذي يعـني صعوبة في التعامـل مـع الآخرين أو الخروج عن المعايير والقيم الاجتماعيـة السـائدة في المجتمـع والتي تؤدي وظيفة فيه ومن أمثلتها:

- انحراف الأطفال.
- الأحداث المنحرفين.
- انحراف الكبار.
- نزلاء السجون.

الفصل الأول

التأهيل المهني للمعاقين

المبحث الأول: الآثار المترتبة على العجز.

المبحث الثاني: الإطار العام للتأهيل.

تمهيد:

في الوقت الذي يصبح العجز فيه ذا جانب شخصي فإن ما يترتب عليه يأخذ الشكل الاجتماعي، وينقل الفرد من كونه عاجزاً إلى كونه معوقاً. ونتناول في هذا الفصل الحديث على تلك الآثار التي يرتبها العجز من حياة الفرد، سواء في الجانب الشخصي المتمثل في العجز أو في الجانب الذي يفرضه المجتمع والمتمثل في الإعاقة.

ويمكن القول أن هذه الآثار يمكن النظر إليها في صورة مجموعات على النحو التالي:

١. الآثار المتصلة بالوظائف البدنية ومطالب الحياة اليومية (القصور في الأداء)

٢. الآثار المتصلة بالجوانب النفسية.

٣. الآثار المتصلة بالجوانب الاجتماعية.

٤. الآثار المتصلة بالجوانب المهنية.

٥. الآثار المتصلة بالجوانب التعليمية.

وفي الواقع فإن هذه الآثار متداخلة ومتشابكة بحيث يصبح من الصعب معرفة أيها الأشد وأيها الأخف، ولأنها كلها تقع على شخص واحد، له وحدته التي نحاول دائماً ألا نجزئها، فإن هذا التقسيم إنما نضعه كتصور يساعدنا على التوضيح. أما في التعامل مع الفرد في برنامج التأهيل فنعود للتأكيد من جديد على أهمية النظرة الكلية للفرد ووحدة أهدافه وتكامل وتناغم الجهود الموجهة لخدمته.

إن دراسة الآثار المترتبة على القصور البدني والعقلي سواء تمثلت في إدراكات داخل الفرد أو تجاوزت ذلك إلى حواجز تحول بينه وبين الحياة التي يتطلع إليها تساعدنا على التعرف على الحاجات الخاصة بالمعوقين. وتساعدنا أيضاً على التعرف على كيفية التعامل معهم وعلى كيفية تطويع البرامج لتناسب حاجاتهم الفردية. إن هذه الدراسة كما قلنا تجعلنا نتعرف على الحاجات العامة

والتي من خلال مرحلة الدراسة والتقويم يمكن لنا أن نترجمها إلى حاجات فردية لكل فرد معوق على حدة، وأن نستفيد من تحديد حاجات الفرد بدقة في تحديد الأهداف الفردية والأنشطة والبرامج التي يمكن أن تشبع هذه الحاجات، وهو مايعرف بخطة التأهيل الفردية التي يشترك في إعدادها مرشد التأهيل مع العميل.

المبحث الأول:

الآثار المترتبة على العجز

أولاً: جوانب القصور الوظيفي [الآثار البدنية والعقلية]: Functional Iimitations

يرى (رايت) [١٩٨٠] أن جوانب القصور الوظيفي الناتجة عن جوانب القصور البدني والعقلي والنفسي كثيرة ومتنوعة. ويقدم تصوراً لتصنيف هذه الجوانب للقصور على النحو التالي:

١- قصور في التنقل: Mobility Iimitation

ويقصد بالتنقل وظيفة الحركة من مكان لآخر. وينتج القصور في التنقل من مجموعة من جوانب القصور مثل كف البصر، الشلل، التخلف العقلي، الاضطراب النفسي. أو نتيجة قيود وعوائق بيئية مثل الحواجز المعمارية ووجود معاملة أسرية تتسم بالحماية. ويرتبط عدم التنقل بالعزلة الاجتماعية بدرجة وثيقة.

٢- قصور في التخاطب: communication Iimitation

حيث يكون هناك انقطاع في العملية التي يتم فيها تبادل المعلومات بين الأفراد من خلال الرموز (اللغة) الشائعة والإشارات والسلوك. ويدخل الأشخاص المتخاطبون في دورين متبادلين يمثلان عملية التخاطب، وهما الدور التعبيري (بالكلام مثلاً) والدور الاستقبالي (بالسمع مثلاً) ويحدث القصور نتيجة خلل في إحدى العمليتين أو في كليهما.

٣- القصور الحسي: Sensory Iimitation

ينتج القصور الحسي نتيجة لعيوب في نقل المعلومات من البيئة إلى المخ ويحدث ذلك عادة كنتيجة لتلف في الجهاز العصبي الذي يشتمل على المخ وأعضاء الحس. وتشتمل هذه الفئة على الحواس الخارجية فقط (الإبصار- السمع- اللمس- الشم- التذوق)

٤- المظهر المختلف: Atypical Appearance

يقصد بالمظهر المختلف الخصائص البدنية والشكل الذي يعتبر غير متسق مع ماتراه الحضارة التي يوجد فيها الفرد مقبولاً. ويعتبر التشوه جانباً من المظهر البدني الذي يقع خارج توقعات المجتمع. وبذلك فإن المشكلة هنا اجتماعية وليست حركية. ويكون هناك ميل من جانب الآخرين أن يتوقعوا سلوكاً مختلفاً من أولئك الذين يظهرون في صورة مختلفة.

٥- القصور غير الواضح (غير الظاهر): Invisible Limitaton

هناك ظروف تكون مختبئة أو غير واضحة أمام الناس، وهي تمثل مشكلة للفرد المصاب، وتخلق مجموعة من المشكلات. فالأشخاص الذين يبدون في هيئة عادية ينتظر منهم أن يؤدوا العمل بدون اعتبارات خاصة. والشخص الذي لديه قصور في القلب قد لا يكون باستطاعته رفع أشياء ثقيلة. وقد يشعر الأشخاص الذين يؤدون الأعمال الشاقة نيابة عنه بنوع من الضيق.

٦- البيئة المقيدة: Restricted environment

ينتج هذا الحاجز من العجز الذي يمنع الفرد من اختيار المكان الذي يكون فيه حراً وآمناً، ويكون الفرد المتأثر مقيداً بمكان أو حالة معينة أو محدوداً في النشاط أو المناخ أو التقدم.

ويشتمل هذا القصور على المواقف التي يكون الفرد المصاب معرضاً للإصابة أو لخطر على الصحة أو لحالته العامة لسبب عدم القدرة على التحمل والتواؤم مع البيئة.

٧- القصور العقلي: Mental Iimitation

تشتمل هذه المجموعة على التخلف العقلي وصعوبات التعلم رغم أن الظروف المؤدية لهما قد تكون مختلفة تماماً. وتشير كلا الفئتين إلى إعاقة أو

تأثير سالب في تعلم وأداء الأنشطة وغيرها من الجوانب الظاهرة لأداء عقلي غير مناسب.

٨- الاعتماد على العقاقير (الإدمان): Substance Dependency

يشتمل هذا الجانب على الاعتماد النفسي (الحاجة العقلية أو النفسية لتناول عقار للتخلص من التوترات أو عدم الارتياح أو لجلب السرور) مصحوباً أو غير مصحوب باعتماد بدني (وجود ردود فعل كيميائية حيوية أو أعراض بدنية عند توقف العقار)

٩- الألم: Pain Limitation

يشير الألم إلى إحساس غير سار يتسم الإحساس بالألم والأوجاع وغيرها من المشاعر المكدرة المرتبطة بإصابة أو اضطراب بدني. وبينما يؤدي الألم وظائف إنذارية إلا أنه عندما يستمر ويتكرر ولايمكن السيطرة عليه وبشكل شديد فإنه يؤدي إلى قصور أدائي للحياة العادية. ويتوقف ذلك كثيراً على تحمل الفرد الألم وماينتج عن الألم من نتائج ثانوية تعزيزية.

١٠- قصور فقدان الوعي (فقدان الشعور): unconsciousness Limitation

إن فقدان الوعي وغيره من أنواع النقص في الوعي تمثل نقصاً وظيفياً خطيراً. ويعتبر الصرع أخطر الأسباب، ومع ذلك فهناك كثير من ظروف العجز التي تسهم في مشكلات الانتباه والتوجه في الواقع والإدراك والوعي إلى Awareness ومنها على سبيل المثال حالات الذهان العضوي وحالات تعاطي العقاقير والكحوليات.

١١- المآل غير المؤكد: uncertain Prognosis

يشتمل هذا القصور الأدائي على ضغط وغموض تلك الحالات الطبية التي يكون مسارها غير ممكن التنبؤ به. وبعض هذه الحالات يكون صفة دورية، وبعضها لايعطي الأمل في الشفاء، والبعض يبدو أكثر أو أقل خطورة مما هو

واقعه. وكل هذه الحالات تترك المريض ولديه حالة من القلق حول عدم التأكد من خطط المستقبل.

١٢- قصور الجهد: Deblitation ar exertional Iimiation

وفيها يكون الفرد في حالة من الضعف لفترة طويلة نسبياً، وينتج عن هذا الضعف تناقص

الطاقة للاشتراك في المهام البدنية المختلفة، وقد ينتج مثل هذا الضعف من أنواع القصور البدني والنفسي والعقلي على اختلافها.

١٣- قصور الحركة: motivety limitation

وهذا النوع من القصور هو عدم القدرة على تكوين أو توجيه أو ضبط حركات الجسم التي تتطلبها مختلف الأنشطة والمواقف. وبينما تتصل هذه الجوانب بالتنقل فإنها تمثل مفهوماً مختلفاً. فالحركة تشير إلى القدرة أو القوة على تحريك شيء أو أداء مهمة أخرى مما يتم عادة باستخدام الجهاز العضلي الحركي فضلاً عن الإشارة إلى تحريك الجسم من مكان إلى آخر.

ويرى (رايت) أن هذا التصنيف يعمل كجسر موصل بين التصنيفات الطبية لجوانب القصور Impairments وبين الإعاقات. وأن هذا التصنيف أكثر ملائمة للاستخدام من جانب مرشدي التأهيل عن غيره من التصنيفات الأخرى. وقد ظهر في السنوات الأخيرة عدد من الأساليب والأدوات التي تستخدم في وصف وقياس جوانب القصور في الأداء الوظيفي البدني والعقلي والنفسي.

ثانياً :الجوانب النفسية للعجز : Psychological Aspects

الإنسان كائن متفرد في خصائصه وإن كان يشترك مع غيره من الكائنات الحية في خصائص الحياة مثل النمو والتغذية والإخراج والتنفس والإحساس والحركة والتكاثر والتكيف، لكنه ينفرد بما حباه الله به من تفضيل له وتكريم بالخلق، ومامنحه من الدين والعقل والإرادة والخير والمسئولية وبأن سخر له مافي السموات والأرض وغيرها كثير.

وإذا أصيب الإنسان بالمرض أو القصور والعجز المستديم في وظائفه البدنية أو العقلية، فإنه لايفقد جانباً من جوانب آدميته وحقوقه كإنسان مكرم، ولاتنقص حاجاته عن حاجات غيره من البشر، رغم أنه قد يحتاج إلى وسائل مناسبة تساعده على إشباع هذه الحاجات.

ويمكن لتبسيط موضوع الآثار النفسية أن ننظر إلى الفرد على أنه يمثل منظومة System لها مدخلاتها الذاتية والبيئية، ولها عملياتها النفسية والفزيولوجية ولها نواتجها الحيوية والاجتماعية. ولا يعيش الإنسان في فراغ أو في واقع ذاتي، وإنما يعيش في بيئة من حوله، يتفاعل معها، ويتأثر بها، كما يؤثر هو أيضاً فيها، ومنذ أن يكون مضغة في رحم أمه فإنه يتفاعل مع هذه الظروف البيئية التي حوله.

وفي الواقع فإن الجوانب النفسية للإعاقة متعددة وتتناولها نظرات عديدة، وتتوقف الآثار النفسية للعجز بصفة عامة على مجموعة من العوامل هي:

١. عمر الفرد عند حدوث القصور أو العجز.
٢. عمر الفرد عند اكتشاف العجز.
٣. نوع العجز.
٤. درجة العجز.
٥. نوع الفرد ذكر/أنثى.
٦. الدور الذي يقوم به الفرد.

7. الخبرات النفسية والبدنية والاجتماعية السابقة على العجز.
8. بنية الشخصية السابقة على العجز.
9. المؤثرات البيئية والاجتماعية.

ثالثًا: الآثار الاجتماعية للعجز:

الإنسان مخلوق اجتماعي، له حاجاته الاجتماعية كما أن له حاجات نفسية. ولهذا فإنه بحدوث العجز لدى الفرد فإنه يواجه موقفاً جديداً تتأثر فيه علاقاته الاجتماعية بالقدر الذي يتأثر فيه تنظيمه النفسي الداخلي.

والتأهيل بمفهومه الحديث لم يعد يركز على مساعدة الفرد على إعادة تنظيم بناءه الداخلي بتقبل الواقع والتعامل معه فقط، وإنما وسع دائرة اهتمامه آخذاً في الاعتبار ضرورة تعديل البيئة التي يتعامل معها المعوق ليحقق التوازن أو التوافق المطلوب في حياة الفرد.

لم يعد التأهيل يسير في اتجاه واحد- العمل مع الفرد المعوق- وإنما أضحى يسير في اتجاهين، العمل مع الفرد المعوق والعمل مع المجتمع الذي يعيش فيه هذا المعوق، فكما نحاول تأهيل الفرد فإننا نحاول أيضاً تأهيل المجتمع، نؤهل الفرد ليعود إلى المجتمع، ونؤهل المجتمع ليحتضن الفرد المعوق من جديد.

إن الإعاقة Handicap هي بالتعريف كما سبق القول نتيجة اجتماعية. أنها الحواجز التي يقيمها المجتمع في طريق الشخص الذي لديه عجز فتمنعه من الاشتراك في مناشط الحياة... ومن هنا نعود إلى التأكيد على أنه ليس كل من لديه حالة عجز Disability يكون معوقا، وإنما تحدث الإعاقة حين يصبح أمام هذا الفرد عوائق تمنعه من الدخول إلى حياة المجتمع.

ويضع (فريدسون)[١٩٦٥] تعريفًا اجتماعيًّا عن الإعاقة فيقول ((ماهي الإعاقة بلغة اجتماعية؟ إنها إلصاق الاختلاف من جانب الآخرين. وبصورة أدق إنها إلصاق اختلاف غير مرغوب. وبالتعريف فإنه حينئذ يكون الشخص معوقًا لأنه ينحرف عما يعتبره هو نفسه أو يعتبره الآخرون بأنه سوي أو مناسب.))

وربما تكون بداية الإعاقة مع تحديد التشخيص ووضع مسمى أنه من خلال إعطاء لقب للشخص الذي لديه عجز مثل أعمى- متخلف عقلياً- أصم- مبتور إلخ فإن ردود الفعل الاجتماعي تبدأ في الانطلاق.

إنَّ المجتمع هو الذي يخلق الإعاقة من خلال إطلاق المسميات والاستجابة لمن يحملون هذه المسميات أو الألقاب Labels ومعاملتهم بأساليب مختلفة وفارقة أيضاً تبعاً للمسمى.

وسوف نناقش هنا مجموعة من العناصر المرتبطة بالآثار الاجتماعية المترتبة على العجز مثل الاختلاف، الاتجاهات الاجتماعية، الأسرة والمعوق.

١- مفهوم الانحراف عن السواء (الاختلاف):

إن البعد عن السواء أمر شائع في حياة البشر وعلى مستوى الفرد ومستوى الجماعة، بل وعلى مستوى المجتمعات أيضاً. ألسنا نسمع اصطلاحات مثل الدول المتقدمة والدول النامية، والدول الغنية والدول الفقيرة.

وأن يكون الفرد مختلفاً ينبغي أن يكون في إطار اختلافه على من حوله أو عن المجموعة المرجعية التي يقارن بها. إن مشاعر الفرد بالانحراف أو الاختلاف وإدراك الآخرين لانحرافه يتوقف على البعد الخاص، والموقف والمشتركين في هذا الموقف. (فريدمان، دوب ١٩٦٨)

إن بعض الخصائص أو الاختلافات التي لدى الأفراد في داخل مجموعة تنشئ نوعًا من الهُويَّة الاجتماعية التي يقلل الآخرون من قيمتها أي ينظرون إليها نظرة دونية يشار إليها على أنها وصمة . وبالتالي فإن الانحراف أو الاختلاف ينظر إليه على أنه وصمة.

إنَّ العمى والصم والمرض العقلي وغيرها من المسميات الأخرى المستخدمة أوصف العجز والانحراف إنما توجد كجوانب مستقلة فقط في المراجع وحجرات الدراسة. أما في حياة الناس الذين يحملون هذه الصفات وهذه المسميات فإنها

لاتوجد كأجزاء منفصلة عن الشخص، وإنما هي جزء لايتجزأ منه ومن حياته، وهي تؤثر على حياته كلها.

ولهذا السبب فإن المعنى الذي يحمله الفرد ومن حوله من أسرة وأتراب والمجتمع الأكبر لها أهمية كبيرة. وهذا المعنى هو الذي يحدد الدرجة التي يمكن أن نحقق بها التأهيل، بل وما إذا كان من الممكن إدماج الفرد فيه [جاكس]

إن المجتمع هو الذي يوجد المعوقين باختيار خصائص معينة أو معايير معينة واعتبارها هي المرغوبة. وأما أولئك الأفراد الذين لايستوفون هذه الخصائص أو المعايير فإنهم يعتبرون منحرفين ويعالجون تبعاً لذلك.

٢- الاتجاهات الاجتماعية:

إن تاريخ رعاية المعوقين كما مر ذكره إنما يعكس في الواقع تاريخ تطور الاتجاهات نحوهم. كما أن نجاح البرامج التي تهدف إلى مساعدة هؤلاء المعوقين ربما يرتبط إلى حد بعيد بإمكانية تعديل الاتجاهات السائدة في وقت ما أو مجتمع ما تجاههم.

وتتباين ردود الفعل التي يظهرها غير المعوقين تجاه الأشخاص المعوقين تبايناً كبيراً، وعلى حين يشعر بعض الناس بالارتياح عند تعامله في موقف تفاعلي مع الشخص الذي لديه عجز فإنه بالنسبة لمعظم الناس تكون هذه الخبرة صعبة ومولدة للقلق، بل وفي بعض الأحيان مسببة للكراهية. ومثل هذه الاستجابات البالغة السوء تعبر عن مشاعر سيئة تتولد من رؤية العجز ومايصحب ذلك من مقاومة كبيرة لوجود الأصحاء في بيئة العمل أو في المواقف الاجتماعية مع الأشخاص الذين لديهم حالات عجز شديدة (سيلر ١٩٧٦) إن أحد النتائج المترتبة على مثل هذه الانفعالية السالبة هي توليد سلوك التجنب لدى الأصحاء، وبالتالي حرمان المعوقين من فرص التفاعل الحر والمنفتح مع العالم الأكبر.

ولكي يخفي الأصحاء عدم منطقية هذه المشاعر وهذا البغض المتطرف يصبح من الضروري لكثير منهم أن ينظروا إلى الأشخاص المعوقين على أنهم غير

مقتدرين من الناحية الأدائية، وأنهم مكبلون انفعالياً، ومثل هذا التبرير يضفي الشرعية على اتجاهات التجنب والتحيز التي يقوم بها كثيرون من أفراد المجتمع نحو المعوقين.

أما بالنسبة للشخص المعوق، فإن كل موقف وتفاعل جديد يظلله نوعاً من الغموض حيث يمكن توقع جميع أنواع الاستجابات وفي نفس الوقت فإنه على الرغم من شيوع الاتجاهات السالبة نحو المعوقين، فإن هذه الاتجاهات قد تختلف من إعاقة إلى إعاقة أخرى ومن موقف إلى موقف آخر. بل إن استجابات الأفراد المعوقين لحالتهم الخاصة يمكن أن تعمل كمثيرات تؤثر على الاستجابات التي يبديها الآخرون نحوهم. فمع المراحل الأولى للعجز تشيع ردود فعل سالبة مثل القلق، الاكتئاب، الحزن، الحداد والإنكار والأنماط النكوصية للسلوك وكذلك أنماط ذات المدى البعيد مثل السلبية، الاعتماد على الغير، العدوانية، الانسحاب، التعويض وأساليب المواجهة. وهذه كلها تدخل كمحددات

فإن البعض الآخر يركز على أهمية تأهيل المجتمع وتعديل اتجاهات أفراده بالإضافة إلى إزالة الحواجز المعمارية في البيئة مما يؤدي إلى خروج المعوقين للحياة واختلاطهم بالمجتمع، وهذا يهيئ الفرصة من جديد لتعديل الاتجاهات نحوهم. كما يساعد على تعديل الاتجاهات ما يوجه إلى الجمهور من توعية من خلال وسائل الإعلام، وكذلك إشراك أسرة المعوق والشخصيات المعنية في برنامج التأهيل ومراجعة التشريعات بشكل مستمر بحيث تقلل مما يفرض على المعوقين من قيود. وإعداد الحملات التي تدافع عن برامج المعوقين.

٤- الأسرة والمعوق:

الأسرة هي الجماعة الأولى التي ينتمي إليها الفرد وبين جنباتها ينمو. والفرد المعوق لايختلف عن أي فرد آخر في هذا الانتماء لأسرة يولد فيها ويعيش فيها، سواء قبل حدوث العجز أو بعده.

وهذه الأسرة لها آثار كبيرة على حياة الشخص المعوق من خلال اتجاهاتها وتعاملها الفعلي مع المعوق وماتوفره من ظروف في سبيل تأهيله واستقلاليته (اعتماده على طاقاته الشخصية)

ولأن العجز يمكن أن يحدث في أي مرحلة عمرية في حياة الإنسان منذ مولده ومروراً بمراحل النمو المختلفة حتى الشيخوخة، فإنه من المتوقع أن نجد آثاراً متنوعة في الأسرة نتيجة حدوث حالة العجز لدى أحد أفرادها.

فإذا كان المعوق في سن الطفولة عند حدوث العجز فربما تكون آثاره على أسرته آثاراً كبيرة، فالطفل قبل مولده وبعد مولده يمثل أملاً للأبوين فهو امتداد طبيعي لهما، هو المستقبل وهو الذي يحمل بذور بقاء النوع الإنساني إلى أن يرث الله الأرض ومن عليها. وهو في نفس الوقت مصدر أساسي لإشباع حاجات نفسية كثيرة لوالديه، ومنها الحاجة إلى الأمن خاصة عند الكبر، هذا بجانب مايمثله من جوانب اقتصادية في حياة الأسرة في المجتمعات البدائية.

وعندما يتعرض الطفل أو يلاحظ عليه علامات القصور فإن الوالدين قد يعيشان مراحل الانضغاط النفسي أو الأزمة النفسية التي يعايشها الفرد الراشد عندما يمر بحالة القصور إلى حالة العجز. ها هما الوالدان وقد ازدادت شكوكهما وحاولا إنكار وجود شيء هام، ثم انتهيا إلى قرار مراجعة الطبيب، وهاهو الطبيب يخبرهما بالواقع المؤلم- إنها لصدمة!! يصدقان وقد يكذبان، يحوطهما أمل كاذب، قد يدفعهما للتردد على عيادات الأطباء طبيبًا بعد طبيب، حتى يصبح الأمر حقيقة، وينتهيان إلى حالة منهكة أمام الواقع المؤلم. وقد يعقب ذلك مرحلة من التلاوم كل منهما يلقي اللوم على الآخر، وهذا التلاوم يزداد

كلما كانت العلاقات بين الأبوين علاقات سيئة، ويقل كلما كانت هذه العلاقات حسنة وسوية. وقد يبدأن مرحلة من الحداد Mourning . إنه الحزن على الطفل الذي كان أول الأمل الذي انتهى، لقد تغيرت تلك الصورة التي كان يحلمان بها لطفلهما إنها صورة أشبه بما يكونه الإنسان من صورة مثالية لذاته، يعيش حولها، ويعمل للوصول إليها، إنها تهدم لذلك التنظيم الذي بنياه للعلاقة بينهما وبين البعض بالحزن على الطفل، والبعض بالحزن على أنفسهم، والبعض من اضطراب في كيفية التعامل اليوم وغداً، وكيفية مواجهة الآخرين بتلك الحقيقة المؤلمة. ولأن بعض الآباء يكونون قد عايشوا خبرة مماثلة مع طفل آخر، فإن هذه المراحل تنضغط إلى أضيق الحدود. والخروج من هذه المرحلة يعني بداية المواجهة. ولو جاءت المواجهة مبكرة فإن الآثار السلبية تتلاشى. ونحن نعرف أن أهم الآثار المترتبة على الإعاقات التي تبدأ في مرحلة مبكرة هي مايتصل بتعليم الطفل، ولو وصلنا بالطفل للتعليم ووصلنا التعليم في وقت مبكر، فإن هذه الآثار تقل إلى أبعد الحدود.

أما الطفل نفسه فقد يكون صغيراً لم يعايش كثيراً من الخبرات الحسية للحياة، وقد تكون إعاقته بالتدريج ولكنه في وقت ما سيمر بنفس المراحل التي تحدثنا عنها عند الكلام عن الآثار النفسية، تلك المراحل التي عايشها والداه حين علما بمشكلة وحقيقة عجزه، غير أنه مما يخفف هذه المعايشة الضاغطة لبدء المقارنة بين قدراته وقدرات الآخرين أن يكون الطفل في أسرة متماسكة محبة تعامله معاملة واقعية وتساعده على تنمية قدراته وتساعده على مواجهة الحياة وعلى تخطي عوائقها وحواجزها.

وإذا كان الشخص في مرحلة متأخرة عند حدوث العجز فإن الآثار على الأسرة تدخل فيها عوامل مثل دوره في الأسرة، قد يكون هذا الشخص زوجاً حديث الزواج، وقد يكون أباً قد تكون زوجة أو تكون أماً، والأدوار التي يقوم بها الشخص قد تتعدد وتفرض عليه مهامَّ وواجبات تتأثر بشكل ما بحدوث

العجز. لكن الآثار هنا قد تختلف باختلاف العجز نفسه ومدى تقبله من الناحية الاجتماعية، ودرجة العجز ومايترتب عليه من فقدانات والسن الذي حدث فيه العجز وإلى أي حد تأثر الدور الاجتماعي للفرد والعلاقات الاجتماعية التي تربطه بأفراد أسرته.

وفي المعتاد فإن الناس ينظرون إلى حدوث العجز أو نقص القدرة على أنه أمر عادي في الشيخوخة، وبذلك يصبح وكأنه أمراً متوقعاً، ومع ذلك فمن لهؤلاء الذين في مرحلة الشيخوخة ويصابون بالعجز مشكلاتهم أيضاً فقد تكون الزوجة أو الزوج قد مات، والأبناء قد تزوجوا وتصبح حاجات الفرد المعوق بحاجة إلى مواجهتها بأساليب مختلفة، وربما لاتوفي هذه الحاجات حقها إلا اعتماداً على مشاعر إنسانية من الأبناء أو الإخوة، مشاعر يوجهها الجانب الديني في صورة هادفة وقوية، توفر كثيراً مما ينبغي توفيره من إمكانيات لتأهيل من هم في سن الشيخوخة، وتدرأ عنهم كثيراً وكثير من جوانب المعاناة والألم النفسي في هذه الظروف.

إن الاتجاهات التي ينميها أفراد الأسرة نحو المعوق متباينة شأنها شأن اتجاهات المجتمع، وهي تستمد من هذه الاتجاهات صورها بين إيجابية وسلبية أي أن اتجاهات الأسرة تتأثر باتجاهات المجتمع. فالإعاقة التي ينظر إليها المجتمع على أنها بعيدة عن الصورة العادية بمسافة كبيرة قد ينظر لها أفراد الأسرة كذلك.

وكما قلنا فإن كمية الإعاقة نفسها تتناسب كمياً مع الدور الذي يقوم به الفرد. فإذا كانت الأسرة تعتمد على هذا الفرد قبل حدوث العجز في الحصول على الدخل المادي وفي قضاء شئون الأسرة فإن هذا الدور قد يتعرض للاختلاف بشكل كبير، وقد يفقد هذا الدور أو جانباً منه. كذلك فإن تأثر الأسرة بنتائج العجز يتوقف على مقدار مايفقده الفرد المعوق، وعلى الآثار التي تحدث له شخصياً وعلى قدرته على المواجهة بدلاً من الاستسلام. وكما سبق القول فإنَّ

استجابة المعوق لحالة العجز عنده واتجاهاته نحو ذاته قد تستدعي استجابات خاصة من باقي أفراد الأسرة.

إنه مما لاشك فيه أن حالة الأسرة وعلاقتها تتأثر إلى درجة ما بحالة العجز لدى أحد أفرادها. لكن في نفس الوقت يقع على الفرد المعوق كما يقع على أفراد الأسرة جميعاً مسئولية تقليل هذه الآثار على الفرد وعلى الأسرة ككل. وإذا كانت علاقات الأسرة إيجابية وهناك تماسك وتعاون بين أفرادها وسادت الاتجاهات الإيجابية لديهم كانت الآثار على الفرد وعلى الأسرة قليلة. أما إذا كانت العلاقات غير سوية، وساد الصراع داخل الأسرة فإن النتائج ستكون سيئة على الفرد المعوق وعلى الأسرة نفسها.

وبالنسبة للأزواج والزوجات فإن الاتجاهات المتبادلة هي التي تحدد إلى درجة بعيدة

سلبية الآثار أو إيجابيتها، ولعمق مشاعر الحزن على الذات أو تزيد من قوة المواجهة. وهذا يتوقف إلى حد بعيد على العوامل السابق ذكرها بالإضافة إلى بنية الشخصية عند الفرد الذي لم يحدث له العجز. فالزوجة التي بنيت حياتها الزوجية واتجاهاتها نحو زوجها على صورة مرتبطة بقوة البنية الجسمية لاشك أن وقع العجز لدى زوجها عليها سيكون أكبر حتى لو بقي الدخل المادي قائماً.

وقبل أن نختم الحديث عن الجوانب الأسرية نعود إلى القول إن برامج التأهيل يجب أن تأخذ في اعتبارها أن الفرد المعوق ينتمي إلى أسرة قد تكون مصدر ضغوط مؤلمة له، وقد تكون مصدر مساندة قوية وإعادة بناء معه. وأن من بين الأهداف التي يجب أن يهتم بها التأهيل تأهيل الأسرة نفسها بالإضافة إلى الاستفادة من طاقات الأسرة وإمكانياتها في تأهيل الفرد المعوق وإعادته إلى حياته العادية بدرجة عالية من التوافق.

رابعًا: الآثار المهنية: Vocational Aspects

يمثل العمل نشاطاً أساسياً في حياة الإنسان يساعده على توجيه طاقاته وجهة مفيدة نحو عمران الأرض، وكذلك يشعره بتحقيق ذاته وبأهميته في حياة الآخرين، كما أنه يمثل عنصراً أساسياً من الإنتاج وخلق المنفعة في صورة سلع وخدمات، وكذلك في شغل وقت الفراغ وتحقيق الصحة النفسية بشكل عام.

والشخص الذي يعاني من قصور أو عجز بدني قد تتأثر حياته المهنية بهذا القصور بدرجات متفاوتة، وفيما يلي أهم هذه الآثار التي يمكن أن نتوقعها.

١- عدم ملامسة الواقع المهني.

بعض الحالات يحدث لديها العجز في مرحلة مبكرة من العمر مما يقلل فرصة تعاملها مع عالم المهن وملامسته، ومن أمثلة ذلك الأطفال الذين يصابون بكف البصر أو بعجز في الحركة.

٢- محدودية النمو المهني:

يمر الإنسان بمراحل للنمو المهني تتواكب مع مراحل نمو الجوانب الأخرى لديه (بدنية- عقلية- أخلاقية إلخ). والفرد الذي يحدث لديه عجز بدني أو عقلي تصبح لديه قيود مفروضة على هذا النمو.

٣- محدودية الاختيار المهني:

وجود العجز لدى الفرد قد يفرض عليه تقييد مجالات الاختيار بما يناسب ماحدث من

قيود على طاقاته البدنية والذهنية.

٤- عدم ملائمة أساليب التدريب المهني العادية:

وعندما نأتي إلى الواقع العملي الذي لديه عجز بدني أو عقلي قد يحتاج إلى أساليب خاصة للتدريب يراعي فيها طبيعة قدراته وحواسه ونشاطه الذهني وظروفه النفسية.

٥- **محدودية فرص العمل المتاحة:**

وفرص العمل تزداد كلما ازدادت إمكانية الفرد على القيام بأعمال متنوعة تحت ظروف متباينة. وبطبيعة الحال فإن وجود قيود على حركة الفرد أو على إدراكاته الحسية أو على نشاطه الذهني يقيد من فرص العمل التي تتاح أمامه.

فإذا أضفنا إلى ذلك النظرة الاقتصادية لأصحاب الأعمال والتي تقضي برفع المنفعة أو العائد لأقصى مايمكن وخفض التكاليف لأدنى مايمكن والنظرة الاجتماعية المتمثلة في مجموعة من الاتجاهات السالبة في المجتمع نحو المعوقين لتبين لنا مدى مايواجهه المعوقون من محدودية في فرص العمل.

٦- **الحاجة إلى بيئة وظروف خاصة في العمل:**

ولأن المعوق يعاني من قصور بدني أو عقلي فإنه قد يحتاج إلى بيئة تناسب مالديه من طاقات، سواء في الحركة أو استقبال المنبهات أو في تحقيق السلامة الشخصية أو في الوفاء بمتطلبات الراحة وباقي أنشطة الحياة، وهي أمور قد لاتتوفر في كثير من مواقع العمل.

٧- **مشكلات التوافق المهني:**

وهي مجموعة من المشكلات المتصلة بالتعامل مع الآلات والخامات وبيئة العمل وزملاء العمل والمشرفين عليه ومع أهداف الإنتاج والتنظيم الإداري والتشريعي لمواقع العمل وغيرها من الجوانب.

٨- **صعوبات العمل التنافسي:**

قد لايستطيع بعض الأفراد المعوقين التنافس مع غير المعوقين مما يجعل إنتاجهم منخفضاً وقد يؤدي بذلك إلى الإعراض عن توظيفهم أو عرض أجور متدنية مقابل عملهم.

٩- صعوبة الوصول إلى العمل:

بعض الحالات تتطلب ظروف الإعاقة لديها البقاء في المنزل معظم حياتها، وهؤلاء يصبح من الصعب توظيفهم في سوق العمل، وإنما يحتاجون إلى ترتيبات خاصة.

١٠- الحاجة إلى جهود خاصة للإرشاد المهني:

تتطلب هذه الظروف التي تفرضها الإعاقة على النمو والاختيار والتوافق المهني للفرد ومدى توفر فرص العمل له أن يكون هناك برنامج إرشادي يقوم به مرشد متخصص في الإرشاد المهني للمعوقين ليساعدهم على الاختيار المهني المناسب القائم على تحديد وتقدير للقدرات والطاقات وعلى دراسة واعية لحاجات العمل والفرص المتاحة في سوق العمل.

وسوف نعود لمناقشة مجموعة من الجوانب المهنية المتصلة بعملية التأهيل، ومن بينها التقويم المهني، الإرشاد المهني، التدريب المهني، والإلحاق بالعمل (التوظيف).

خامسًا: الآثار التعليمية:

يمثل التعليم حاجة أساسية في حياة الإنسان المعاصر كما يشتمل على هدف عام وهو تكوين المواطن الصالح ومساعدته في اكتساب المعارف والمهارات والاتجاهات المناسبة للعمل وللاشتراك في حياة المجتمع.

والطفل الذي يولد ولديه جانب من جوانب العجز أو الذي يصاب به في مرحلة ماقبل المدرسة قد يحتاج إلى بعض التحويرات في العملية التعليمية بما يناسب حالته. فمن بين الآثار التي تترتب على العجز عدم إمكانية استقبال المعلومات لوجود عجز في الحواس أو عدم القدرة على الإدراك المناسب أو نقص الأداء الذهني أو صعوبة التعليم بنفس الأساليب المتبعة في المدرسة العادية أو في نفس الفصول الفصول أو الحاجة إلى رعاية خاصة مثل الرعاية الطبية أثناء التواجد في التعليم.

وتحاول التربية الخاصة بما تطوره من إعداد البيئة التعليمية، وإعداد المدرس المتخصص، وإعداد المادة التعليمة والكتاب، واستخدام أساليب مناسبة لتعليم المعوقين التغلب على الآثار التعليمية الناتجة عن الإعاقة.

ويمكن تلخيص المشكلات التعليمية المترتبة على العجز في الجوانب الآتية:

١- عدم إمكانية استخدام المعلومات في صورتها العادية:

فالأطفال الذين لديهم قصور في حواس السمع والبصر لايستطيعون استقبال المثيرات

التي تعجز حواسهم المفقودة عن استقبالها، فالطفل الأصم لايستطيع استقبال الكلام المنطوق من خلال أذنيه، والطفل الكفيف لايستطيع استقبال الكلام المكتوب من خلال عينيه.

٢- عدم ملائمة المنهج للقدرات التحصيلية:

وكمثال على ذلك حالات الأطفال الذين لديهم تخلف عقلي، فهؤلاء يحتاجون إلى تقليل كمية المعلومات التي تعطى في وحدة الزمن بالمقارنة بغيرهم ممن لديهم أداء ذهني عادي.

٣- الحاجة إلى بيئة تعليمية خاصة:

بعض حالات العجز نتيجة لظروف العجز لديها يصبح من الصعب أن تتعامل مع البيئة العادية فهي بحاجة إلى إعداد بيئة خاصة تناسب طبيعة العجز لديها من حيث الحركة والقدرة ومدى التعرض لأزمات صحية ومدى الحاجة إلى الراحة، وقد يضطرنا ذلك إلى تعديلات في تصميم حجرات الدراسة وأبنية المدرسة أو أن يكون التعليم في إطار نظام أشمل للعلاج كأن تكون المدرسة ضمن برنامج طبي (مثلاً حالات روماتزم القلب)

٤- **الحاجة إلى مدرسين مختصين:**

ونتيجة لمجموعة من المتغيرات التي تتصل بالمناهج وطرق التدريس والوسائل وغيرها لايكون من الميسور لمدرسي الفصل العادي أن يقوم بالتدريس للأطفال المعوقين، إلا بعد الحصول على تدريب مناسب.

ونود أن نشير في ختام هذا العرض إلى أن بعض الأفراد كنتيجة لحدوث العجز لايمكنهم مواصلة التعليم العام الذي كانوا مسجلين فيه لعدم ملاءمته لظروفهم فيضطرون إلى تركه، وتبرز حاجاتهم التعليمية مع تأهيلهم.

معوقات التأهيل المهني:

وتشير نتائج الدراسات التي أجريت على المعاقين إلى الكثير من الصعوبات التي تواجه تحقيق أهداف التأهيل في مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين، ومن هذه المعوقات ما يلي:

- العجز في التخصصات المهنية والفنية العاملة في هذه المؤسسات، وخاصة أخصائيو التأهيل النفسي والاجتماعي والمهني والتربوي والعلاج الطبيعي وغيرهم من التخصصات التي تعمل في هذه المؤسسات على أساس تكامل فريق العمل مما يؤدي إلى صعوبة تكامل الخدمات المقدمة.

- عدم الأخذ بآراء ومقترحات العاملين بمؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين خاصة المؤسسات التي تقدم خدمات مباشرة لهم مثل: مراكز التأهيل، مكاتب التأهيل...الخ، في وضع الخطط المناسبة، مما يجعل الخطط بعيدة عن واقع الممارسة الفعلية في تلك المؤسسات.

- القصور في البيانات والمعلومات اللازمة التي تساعد في التعرف على أبعاد الإعاقات وتزايد أو تناقص أعداد المعاقين في المجتمع.

- النقص في التجهيزات والمعدات اللازمة لعمليات التأهيل المختلفة، مثل: قاعات التدريب والتأهيل وأجهزة العلاج الطبيعي والأجهزة التعويضية...الخ .

- زيادة الطلب على المؤسسات وعدم قدرتها على استيعاب جميع المتقدمين لطلب الخدمة.

- عدم تعاون الأسرة مع المؤسسات التي ترعى أبنائها المعاقين، مما ينعكس على عمليات تأهيل المعاق وصعوبة تكيفه نفسياً واجتماعياً لعدم متابعة الأسرة له.

- عدم توفر مؤسسات متخصصة تهتم بعمليات تشغيل ومتابعة المعاقين الذين تم تأهيلهم ومتابعة تطبيق قوانين العمل، مما يسبب هدر لعمليات التأهيل المبذولة، وينعكس على شعور المعاق بالاغتراب النفسي والاجتماعي.

- عدم التنسيق بين مؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين وغيرها من المؤسسات المجتمعية الأخرى سواء الأهلية أو الحكومية، مما يقلل من فعالية الخدمات المقدمة لهم.

- عدم الاهتمام بتنظيم دورات تدريبية للعاملين لتعدهم بالإعداد المستمر وتكسبهم الخبرات وتنمي معارفهم ومهاراتهم لمواكبة المستجدات في العلم.

- جهل أفراد المجتمع بصفة عامة والمعاقين بصفة خاصة لأهداف وطبيعة وإمكانية تواجد أجهزة ومؤسسات رعاية المعاقين في المجتمع، مما يؤدي إلى عدم استفادة المعاقين من خدمات تلك المؤسسات فور حدوث الإعاقة، مما يؤدي إلى تفاقم الإعاقة.

- عدم تواجد تكامل في الخدمات المقدمة من جانب الوزارات المعنية برعاية وتأهيل المعاقين، فيما يتعلق بتقديم الرعاية الشاملة، مما يؤدي إلى نقص في الرعاية المستحقة في المواعيد المناسبة لها.

معوقات تشغيل ذوي الاحتياجات الخاصة:

يمكن إجمال معوقات تشغيل المعوقين فيما يلي:

١- مواقف المجتمع المحلي:

تقيد بعض المجتمعات المحلية الشخص المعوق غير المنتج وأنه يجب أن يبقى في بيته أو في مؤسسة رعاية ولذلك فإن المجتمع أحياناً لايشجع تشغيل المعوقين وبالتالي إدماجهم في نشاطات الحياة العملية.

٢- المعوقات الاقتصادية:

إن الوضع الاقتصادي للبلد يؤثر في عملية استخدام وتشغيل المعوقين فإذا كانت هذه الأوضاع الاقتصادية سيئة فإن ذلك سوف يزيد من نسبة البطالة فإذا ماوجدت بطالة فيما بين القادرين على العمل في بلد ما فإنه يصبح من الصعوبة استخدام أو تشغيل المعوقين وسوف تكون هناك صعوبة كبيرة في إقناع أصحاب الأعمال باستخدام المعوقين.

٣- مواقف صاحب العمل:

يواجه المعوقون مقاومة من جانب أصحاب العمل عند عملية استخدامهم، وتعزى هذه المقاومة إلى واحد وأكثر من العوامل التالية:

١) يفضل صاحب العمل استخدام الأشخاص غير المعوقين القادرين على العمل.

٢) النزوع إلى استخدام تعابير قاسية وغير واقعية عند استخدام المعوقين.

٣) عدم المعرفة الكافية بإمكانات وقدرات الأشخاص المعوقين.

٤) تخوف أصحاب العمل من خوض تجربة استخدام المعوقين وخصوصًا فيما يتعلق بالإنتاجية وتعرض المعوقين لإصابات العمل، والمسئولية القانونية تجاه الحوادث والمطالبات وكذلك ظاهرة التغيب.

٤- موقف العمال الآخرين:

يمكن أن يعارض العمال قبول عامل معوق بينهم باعتقادهم أن هذا العامل سيكون إنتاجه قليلاً، مما يؤثر على عملية الإنتاج الكلية لهم، أو ربما يكون مصابًا بأمراض عصبية أو معدية كالصرع والتدرن الرئوي خشية تعرضهم لمرض ما.

٥- موقف المعوقين وأسرهم:

في المجتمعات المحلية التي يحظى فيها المعوقون بحماية وعطف زائدين من أسرهم فإنه يصعب إقناع المعوقين بفوائد ومزايا التأهيل والتدريب المهني بشكل عام والتشغيل بشكل خاص، وفي حالة الأشخاص الذين أصبحوا معوقين نتيجة لحادث مهني أو حادث سير أو حادث منزلي فقد يكون هناك فعلاً بعض المعارضة من جانب هؤلاء الأشخاص في العودة إلى عملهم خشية أنهم إذا فعلوا ذلك فقد يكون لذلك آثار سلبية على مطالبهم بالحصول على تعويضات أو إعانات عن الإصابة، وفي أغلب المجتمعات العربية يتوفر التكافل الاجتماعي وهو الاعتناء بالمعوق وحمايته من جانب الأهل والأقرباء مما يجعله لايتحمس للعمل في مهنة مناسبة له حيث أن احتياجاته متوفرة ولايحتاج إلى دخل.

٦- **المعوقات المعمارية:**

هناك عدد من المعوقات المعمارية الطبيعية ومعوقات أخرى تمنع أو تحول دون إمكانية وصول الأشخاص المعوقين إلى العمل أو تحول دون أدائهم للعمل بسهولة ويسر، كما أن هناك معوقات معمارية تشكل معوقاً رئيسياً إزاء الاندماج التام للأشخاص المعوقين في الحياة الاجتماعية والاقتصادية.

المشكلات التي تواجه التشغيل للمعوقين:

١- الاتجاهات السلبية نحو المعوقين لدى العديد من أصحاب العمل وتولد القناعات لديهم إمكانية المعوق على العطاء وخاصة المعوقين بصرياً والمقعدين، حيث يوجهوا بالرفض القاطع من مختلف الشركات.

٢- قلة المؤهلين من المعوقين نتيجة قلة المراكز التأهيلية في الأردن وكذلك قلة الخبرات العملية لدى كلا الطرفين المؤهلين وغير المؤهلين من المعوقين.

٣- تطور وتعقد التكنولوجيا والتي تحتاج إلى كفاءات عملية لهذه العملية وغير متوفرة لدى المعوقين.

٤- إن معظم القطاع الصناعي والتجاري في الأردن يتركز في مدينة عمان العاصمة ويكاد يخلو من معظم المدن مما يخلق مشكلة معقدة في توفير فرص العمل للمعوقين في باقي مدن العاصمة.

٥- الأوضاع الاقتصادية التي يشكو منها أصحاب العمل مما أدى إلى عدم توفر فرص العمل في السوق المفتوح، وخاصة أن السوق مليء بالأيدي العاطلة عن العمل من غير المعوقين مما يزيد المشكلة تعقيداً.

٦- تقيد الشروط للقروض التأهيلية التي تمنح للمعوقين عن طريق صندوق المعونة الوطنية.

٧- عدم توفر المشاغل المحمية التي تستوعب ذوي الإعاقات العقلية أو غير القادرين على العمل في السوق المفتوح.

٨- صعوبة المواصلات وعدم توفر الوسائط المعدلة لاستخدام المعوقين.

٩- عدم توفر المداخل السهلة للمعوقين حركيًا أو حتى المكفوفين وعدم تكييف المرافق العامة التي يمكن أن تخدم المعوقين وكذلك أحياناً المخاطر التي يمكن أن تلحق بالفرد المعاق داخل العمل لعدم تعديل البيئة الداخلية للمصنع وكذلك أدوات العمل.

١٠- تدني الرواتب والأجور المدفوعة للمعوقين أنها لاتغطي تكاليف الاحتياجات اليومية للفرد المعوق.

١١- عدم الالتزام الوظيفي في العمل لدى بعض المعوقين مما يعكس صورة سلبية.

والحق أنه في الوقت الذي يصبح العجز فيه ذا جانب شخصي فإن ما يترتب عليه يأخذ الشكل الاجتماعي، وينقل الفرد من كونه عاجزًا إلى كونه معوقاً. ونتناول في هذا الفصل الحديث على تلك الآثار التي يرتبها العجز من حياة الفرد، سواء في الجانب الشخصي المتمثل في العجز أو في الجانب الذي يفرضه المجتمع والمتمثل في الإعاقة.

ويمكن القول أن هذه الآثار يمكن النظر إليها في صورة مجموعات على النحو التالي:

١. الآثار المتصلة بالوظائف البدنية ومطالب الحياة اليومية (القصور في الأداء)
٢. الآثار المتصلة بالجوانب النفسية.
٣. الآثار المتصلة بالجوانب الاجتماعية.
٤. الآثار المتصلة بالجوانب المهنية.
٥. الآثار المتصلة بالجوانب التعليمية.

وفي الواقع فإن هذه الآثار متداخلة ومتشابكة بحيث يصبح من الصعب معرفة أيها الأشد وأيها الأخف، ولأنها كلها تقع على شخص واحد، له وحدته التي نحاول دائماً ألا نجزئها، فإن هذا التقسيم إنما نضعه كتصور يساعدنا على التوضيح. أما في التعامل مع الفرد في برنامج التأهيل فنعود للتأكيد من جديد

على أهمية النظرة الكلية للفرد ووحدة أهدافه وتكامل وتناغم الجهود الموجهة لخدمته.

إن دراسة الآثار المترتبة على القصور البدني والعقلي سواء تمثلت في إدراكات داخل الفرد أو تجاوزت ذلك إلى حواجز تحول بينه وبين الحياة التي يتطلع إليها تساعدنا على التعرف على الحاجات الخاصة بالمعوقين. وتساعدنا أيضاً على التعرف على كيفية التعامل معهم وعلى كيفية تطويع البرامج لتناسب حاجاتهم الفردية. إن هذه الدراسة كما قلنا تجعلنا نتعرف على الحاجات العامة والتي من خلال مرحلة الدراسة والتقويم يمكن لنا أن نترجمها إلى حاجات فردية لكل فرد معوق على حدة، وأن نستفيد من تحديد حاجات الفرد بدقة في تحديد الأهداف الفردية والأنشطة والبرامج التي يمكن أن تشبع هذه الحاجات، وهو مايعرف بخطة التأهيل الفردية التي يشترك في إعدادها مرشد التأهيل مع العميل.

مفهوم التأهيل Habilitation:

يقصد بالتأهيل إعادة تكيف الفرد في البيئة التي يعيش فيها ، إذا ما أصيب بعجز جسمي أو عقلي أو نفسي يعوقه عن أدائه الاجتماعي.

تعرف منظمة الصحة العالمية التأهيل بأنه الاستفادة من الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية والتربوية والمهنية من أجل تدريب وإعادة تدريب الأفراد لتحسين مستوياتهم الوظيفية.

أما مصطلح إعادة التأهيل Rehabilitation فتعرفه منظمة العمل الدولية ١٩٨٤ بأنه الاستخدام المجمع والمنسق للتدابير الطبية والاجتماعية والتعليمية والمهنية لتدريب وإعادة تدريب حتى أعلى مستوى ممكن من القدرة الوظيفية.

ويُعرف قاموس الخدمة الاجتماعية التأهيل بأنه: "إعادة للحالة السوية وتوظيف للقدرات بهدف الوصول إلى وضع مرضي بقدر الإمكان". ويستخدم الأخصائيون الاجتماعيون هذا المصطلح مع حالات الإعاقة الناتجة عن الحوادث، وحالات المرض، واضطرابات الأداء بصفة عامة، وتقدم عملية المساعدة من خلال المستشفيات، والمؤسسات، والعيادات، والمدارس،والسجون، وتتم عملية المساعدة في العديد من الجلسات، التي تتضمن العلاج الجسمي،والعلاج النفسي، والتدريب، وتغيير أسلوب الحياة.

ويرى سوليفان Sullivan أن التأهيل عملية استرجاع للحالة الجسمية والعقلية والمهنية والمكانة الاجتماعية إلى وضع مرضي، إلى ما كانت عليه قبل الإصابة أو المرض متضمنة الأمراض العقلية ، ـ ولا يعني هذا أن تعود الحالة تمامًا إلى ما كانت عليه قبل الإصابة أو المرض ـ وفي نفس الوقت قد تتضمن عملية التأهيل علاجًا للناحية الجسمية والنفسية لتحقيق أهداف محددة.

المبحث الثّاني

الإطار العام للتأهيل

فلسفة التأهيل:

في بدايات الاهتمام بتأهيل المعاقين في أمريكا عام ١٩٢٠م كان الجانب المهني هو المسيطر ويهدف إلى إعادة تأهيل المعاقين لدخولهم لسوق العمل عن طريق الاستفادة بما لديهم من طاقات وإمكانات لتحولهم من مستهلكي خدمات إلى منتجين ودافعي ضرائب.

وفي منتصف القرن العشرين تغيرت الفلسفة من التركيز على الجانب المهني إلى الاهتمام بالجانب الإنساني، ومن خلال هذه النظرة ظهرت مفاهيم عديدة للتأهيل تشمل مفهوم التأهيل المهني والتأهيل النفسي والتأهيل الاجتماعي والتأهيل الطبي، والتي تؤكد على الجانب الإنساني للمعاق ومساعدته في تحقيق ذاته، وذلك من خلال توفير كافة الوسائل التي تساعده ليكون قادرًاعلى القيام بعمل ما يحقق استقلالية العيش على قدر إمكاناته، وهذا ما يؤكد اهتمام الدول بموضوع التأهيل وبرامجه وأنواعه،

ومن العوامل التي ساهمت في ظهور تصور شامل لمفهوم التأهيل المهني – إصدار القوانين والتشريعات التي تكفل حقوق المعاقين في العمل ومنها قانون التأهيل المهني رقم ١٢٢/١٣ المعروف باسم The Rehabilitation, Act في الولايات المتحدة الأمريكية والعديد من التشريعات في الدول العربية ودول مجلس الخليج.

- حاجة سوق العمل إلى العديد من المهن التي يمكن للمعاق أن يساهم فيها حسب درجة ونوع إعاقته.

- دور المنظمات العالمية في التأكيد على أهمية العمل للمعاق، ومن هذه المنظمات منظمة العمل الدولية، منظمة الصحة العالمية، منظمة الأمم المتحدة، منظمة اليونسيف للطفولة.

إن فلسفة تأهيل المعوقين تقوم على أساس أن الاهتمام الأساسي يتركز على الإنسان لأنه الشخص المستهدف في عملية التأهيل ولايستطيع العيش في معزل عن بقية الأفراد الآخرين حيث أنه يعيش في مجتمع إنساني وبشري قد يتأثر به أو يؤثر فيه كشخص عضو في هذا المجتمع. وتعتبر عملية التأهيل مسئولية اجتماعية عامة تتطلب التخطيط والعمل والدعم الاجتماعي على كافة المستويات، وكذلك فإن فلسفة التأهيل تؤكد على دور الانتقال بالمعاق من قبول فكرة الاعتماد على الآخرين إلى ضرورة الاعتماد على الذات وذلك عن طريق الاستقلال الذاتي والكفاية الشخصية والاجتماعية والمهنية واستعادة الشخص المعوق لأقصى درجة من درجات القدرة الجسمية أو العقلية أو الحسية المتبقية لديه.

هذا بالإضافة إلى تقبل المعوق اجتماعيًا والعمل على توفير أكبر قدر ممكن من فرص العمل له في البيئة الاجتماعية كحق من حقوق إنسانيته.

كما أن فلسفة التأهيل تقوم أيضًا على أساس تقبل المعوق واحترام حقوقه المشروعة في النواحي السياسية والاجتماعية والإنسانية والمدنية وذلك بغض النظر عن طبيعة إعاقته أو جنسه أو لونه أو دينه... الخ.

وبناء عليه فإن عملية التأهيل تعتبر شكل من أشكال الضمان الاجتماعي للمعوق وحماية لاستقلاله مما يساعده على التكيف من جديد بالرغم من إعاقته التي يعاني منها.

أهداف التأهيل:

تهدف عملية التأهيل بمفهومها الشامل إلى تقديم خدمات متكاملة في الجوانب الاجتماعية والنفسية والطبية والمهنية للفرد المعاق وأسرته، لكي يعيش كعضو في المجتمع. ويهدف التأهيل إلى:

- تحويل الفرد المعاق من مستهلك إلى منتج من خلال تدريبه على مهن تتناسب مع قدراته، وتحقيق الكفاءة المهنية له بتعليمه بعض المهارات

اليدوية والفنية بما يناسب طبيعة الإعاقة والاستعداد الشخصي، مما يجعله قوة بشرية منتجة.

- توفر خدمات التأهيل للمعاقين تحقق أهداف إنسانية لهم، حيث تشعرهم بالسعادة والأمن، والتكيف والاندماج مع المجتمع.
- توفير الفرص الملائمة للتعليم بما يتناسب مع القدرات والاستعدادات، بالإضافة إلى فرص التوجيه والتأهيل المهني تحقيقاً للعدالة الاجتماعية وتكافئ الفرص بين أفراد المجتمع.
- تهيئة أفضل الظروف في مؤسسات الرعاية والتأهيل لتنشئة الفئات الخاصة تنشئة اجتماعية صالحة لزيادة قدرتهم على تحمل المسئولية وتنمية قدرتهم على التفكير والأخذ والعطاء.
- تحقيق الكفاءة الشخصية للمعاق بتنمية إمكاناته الشخصية واستعداداته العقلية والجسمية والنفسية والاجتماعية ليعيش حياة الاستقلالية والاكتفاء والتوجيه الذاتي والاعتماد على النفس.
- تحقيق الكفاءة الاجتماعية للمعاقين بغرس وتنمية الخصائص والأنماط السلوكية بهدف زيادة التفاعل وتكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين من خلال إكسابهم المهارات التي تمكنهم من الحركة والتنقل وتساعدهم على الاندماج في المجتمع.

المبادئ العامة في تأهيل المعوقين:

١/ التأهيل عملية فردية تُعنَى بالشخص المعوق وتتناول مشكلة الإعاقة كما تتناول مشكلاته النفسية والاجتماعية والجسمية التي ترتبط باعاقته.

٢/ التأهيل عملية متكاملة تتكامل فيها الخدمات النفسية والطبية والاجتماعية والمهنية والتربوية سواء فيما يتعلق بالتشخيص أو العلاج أو التدريب والتشغيل.

٣/ إن عملية التأهيل يجب أن تبدأ منذ اكتشاف الإعاقة والتحقق من وجودها عن الفرد.

٤/ أن تأخذ عمليات تأهيل المعوقين بعين الاعتبار ميول الفرد المعوق واتجاهات قيمه سواء في مجال التربية الخاصة أو التدريب أو التشغيل.

٥/ يجب أن تعتمد عملية تأهيل المعوقين بشكل خاص على القدرات العقلية والجسمية المتوفرة عند المعوق والتأكيد على تنمية هذه القدرات والاستفادة منها إلى أقصى درجة ممكنة.

٦/ مادامت عملية التأهيل عملية فردية فإن شخصية المعوق وسماته الشخصية يجب أن تؤخذ أساساً في عمليات تأهيل المعوقين.

٧/ يجب أن تهتم عملية التأهيل بتكيف المعوق مع ذاته من ناحية ومع البيئة المحيطة به من ناحية ثانية، بحيث تسعى عملية التأهيل إلى تحقيق تقبل الفرد لذاته وتقبل المجتمع له.

المبادئ الأساسية قبل بدء عملية التأهيل:

تختلف استجابات المعاقين نحو إعاقاتهم باختلاف العوامل الذاتية والبيئية التي أكسبتهم السلوك نحو مواقف الحياة المختلفة، كما تتميز كل إعاقة بطابع خاص يؤثر على سلوك الفرد المعاق وفي مدى استجابته لأنواع التأهيل المختلفة (الطبي، النفسي، الاجتماعي، المهني)، ويتميز السلوك الإنساني بمجموعة من الخصائص منها:

١- السلوك الإنساني هادف.

٢- السلوك الإنساني مسبب.(أسباب جسمية/اجتماعية/معنوية ومادية/نفسية)

٣- السلوك الإنساني متنوع.

٤- السلوك الإنساني مرن.

٥- وراء كل سلوك دافع.

وتقوم عملية التأهيل على أسس ومبادئ تتضمن مراعاة الجوانب التالية:

١- التعرف على شخصية المعاق من حيث مكوناتها المختلفة (جسميًا/عقليًا/نفسيًا/اجتماعيًا) والمرتبطة مع بعضها البعض ارتباطًا وظيفيًا، وأي خلل أو اضطراب أو نقص يؤدي إلى اضطراب في البناء العام والأداء الوظيفي للشخصية.

٢- التعرف على الميول والاهتمامات.

٣- المساواة وعدم التمييز.

٤- مراعاة فرص العمل الفعلية في المجتمع.

٥- التقبل.

١- شخصية المعوق وحدة متكاملة متعددة الأبعاد (جسمياً/عقلياً/ انفعالياً/ اجتماعياً)

أ/ الجوانب الجسمية:

تتضمن المكونات الجسمية للشخصية الشكل العام من حيث:

الطول، الوزن، قدرة الجسم وإمكانيته الخاصة، نوع العجز، الصحة العامة، الأداء الحركي، المهارات الحركية، وظائف الحواس الخمس، وظائف أعضاء وأجهزة الجسم.

ب/ الجوانب العقلية والمعرفية:

وتتضمن القدرات العقلية المختلفة والوظائف العقلية مثل: مستوى الذكاء العام.والعمليات العقلية العليا كالإدراك والتذكر والتفكير والتخيل والاستنتاج

ج/ الجوانب النفسية والانفعالية:

تتضمن الانفعالات النفسية مشاعر الحب أو الكره، الخوف، الغضب، القلق، الاستياء، التردد، الانطواء، العزلة، الشك ..الخ.

د/ الجوانب الاجتماعية:

وتتضمن أسلوب التنشئة الاجتماعية للشخص سواء في الأسرة أو المدرسة أو المجتمع، وجماعة الرفاق، وتمثله للمعايير الاجتماعية والقيم الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي.

٢- التعرف على الميول والقدرات:

يمتلك الفرد المعاق قدرات قد تكون كامنة أو يعرفها ولكن لا توجد لديه القدرة على استغلالها كنقص في الإمكانات المادية من أجهزة فنية أو تعليمية، ويتم التعرف على قدرات المعاق من خلال تعليمه وإكسابه بعض المهارات التي تساعده على التأهيل المناسب لطبيعة إعاقته ودرجة العجز. على سبيل المثال: الفرد المعاق بسبب شلل الأطفال قد يكون لديه قدرة عقلية عالية تستثمر في إعداده

لمواصلة تعليمه، أو مساعدته على اختراع جهاز يساعد المشلولين في سهولة الحركة.

٣- مراعاة فرص العمل المتوفرة في المجتمع:

لا تقتصر عملية التأهيل المهني على إعداد المعاق للالتحاق بمهنة تتناسب مع قدراته، وإنما يتطلب إلى جانب الإعداد التأكد من فرص العمل الفعلية والمتوفرة في المجتمع حتى لا يصاب المعاق باكتئاب نتيجة الفشل في الالتحاق بمهنة تناسب قدراته التي توفرت لها عملية التأهيل.

٤- المساواة وعدم التمييز:

من حيث حق المعاق في الرعاية والتعليم والتأهيل والتشغيل دون تمييز عنصري بسبب الجنس أو المركز الاجتماعي أو الانتماء السياسي..الخ.

٥- قبول المعاق:

ويقصد بقبول المعاق احترامه كإنسان له قيمته وكرامته، وتقبله بكل ظروفه.

الفرق بين التأهيل وإعادة التأهيل:

ميزت العديد من المراجع العلمية بين مفهوم التأهيل ومفهوم إعادة التأهيل حيث يعني **التأهيل** عندما نشير إلى الخدمات المطلوبة لتطوير قدرات الفرد واستعداداته عندما لاتكون هذه القدرات قد ظهرت أصلاً، وهذا ينطبق على المعاقين صغار السن الذين تكون اعاقتهم خلقية، أو حصلت في مرحلة مبكرة من عمرهم.

أما **إعادة التأهيل** فتعني: إعادة تأهيل فرد كان قد تدرب أو تعلم مهنة ما ومارس هذه المهنة مدة من الزمن، ثم حدث أن أصيب بعاهة وأصبح معاقاً، ولم يستطع العودة إلى عمله أو مهنته الأصلية بسبب إعاقته الجديدة.

ومن خلال ماذكر سابقاً يمكننا أن نستنتج بأن التأهيل عبارة عن جهد مشترك بين مجموعة من الاختصاصات بهدف توظيف وتدعيم قدرات الفرد ليكون قادراً على التكيف مع إعاقته ومع متطلبات الحياة العادية إلى أعلى درجة من الاستقلالية.

إذن فالتأهيل عملية لا تؤدى من قبل شخص أو مهني واحد بل تحتاج إلى فريق من المختصين يعملون معاً لتحقيق الهدف المشهود، وهذا يجعلنا نؤكد على مفهوم الفريق في عملية التأهيل حيث يتكون هذا الفريق من أخصائيون دائمون وهم الطبيب، والأخصائي النفسي، والأخصائي الاجتماعي، ومرشد التأهيل، وأخصائي التربية الخاصة. كذلك يتكون الفريق إضافة إلى هذه الاختصاصات من اختصاصات حسب الحالة واحتياجاتها من أمثلتها المعالج الوظيفي، المعالج الطبيعي، أخصائي الأجهزة التعويضية، أخصائي النطق، أخصائي قياس السمع، أخصائي العلاج الترفيهي، والاستشاري المهني، الزائرة الأسرية، ومساعدة المربية، وممرضة التأهيل، وأطباء استشاريون حسب حاجة الشخص، هذا وينظر إلى أهمية عضوية الشخص المعوق أو ولي أمره كعضو أساسي في فريق التأهيل.

الأسس والقواعد التي تستند عليها عملية التأهيل:

حتى تؤدي عملية التأهيل دورها فلابد لها من مراعاة الأسس والقواعد التالية:

١) إن كل خطوة من خطوات التأهيل يجب أن تقوم على أسس وقواعد عملية وليس على أسس إنسانية واجتماعية فقط.

٢) تعتمد كل خطوة أشخاص مؤهلين ومتخصصين.

٣) يجب أن تقوم كل خطوة على أسس وقواعد تشخيصية وتفسيرات دقيقة وواقعية للمعلومات

المتوفرة عن حالة الفرد.

٤) إن عملية التأهيل بالكامل يجب أن تقوم على أسس فردية، وليس أن هناك قالب واحد يمكنه ملائمة جميع الحالات.

٥) يجب أن تقدم خطوات التأهيل بشكل متكامل.

٦) ضرورة اشتراك المعوق وأسرته اشتراكاً تاماً في جميع مراحل وخطوات عملية التأهيل.

٧) ضرورة متابعة وتقييم كل خطوة من خطوات التأهيل في ضوء النتائج التي تحققها.

مبررات التأهيل:

هناك مبررات عديدة وأساسية لتقديم الخدمات التأهيلية للمعوقين أهمها :

١/ يعتبر الإنسان بغض النظر عن إعاقته صانع للحضارة وبذلك ينبغي أن يكون هدف مباشر لمجالات التنمية الشاملة من خلال جهودها المتنوعة.

٢/ الشخص المعوق يعتبر فرداً قادراً على المشاركة في جهود التنمية ومن حقه الاستمتاع بثمراتها ، إذا ما أتيحت له الفرص والأساليب اللازمة لذلك.

٣/ يعتبر المعوقون طاقة إنسانية ينبغي الحرص عليها وهم كذلك جزء لايتجزأ من الموارد البشرية التي ينبغي أخذها بعين الاعتبار عند التخطيط والإعداد للموارد الإنمائية للمجتمع.

٤/ إن المعوقين مهما بلغت درجة إعاقتهم واختلفت فئاتهم فإن لديهم قابلية وقدرات ودوافع للتعلم والنمو والاندماج في الحياة العادية في المجتمع لذلك لابد من التركيز على تنمية مالديهم من إمكانات وقدرات في مجالات التعلم والمشاركة.

٥/ تشكل عملية التأهيل في مجال المعوقين سلسلة من الجهود والبرامج الهادفة في مجالات الرعاية والتأهيل والتعليم والاندماج الاجتماعي والتشغيل، وهذه السلسلة عبارة عن حلقات متكاملة في البناء والقيام بأي واحدة منها لايعتبر كافياً من حيث المفهوم الشامل لمواجهة مشكلات المعوقين سواء على المستوى الفردي أو الجماعي.

٦/ لجميع المعوقين الحق في الرعاية والتعليم والتأهيل والتشغيل دون التمييز بسبب الجنس أو الأصل أو المركز الاجتماعي أو الانتماء السياسي.

٧/ الإرادة السياسية على كافة الأصعدة وفي أعلى المستويات تعتبر الدعامة الأساسية والراسخة لتوفير أكبر قدر من البرامج المطلوبة للعناية بالمعوقين ورعايتهم وذلك باعتبارها جهداً وطنياً شاملاً وهذا يأتي من خلال سن التشريعات والقوانين المناسبة لهم.

٨/ تعتبر المعرفة العلمية والفنية والتكنولوجية أساساً هاماً للتصدي لحالات الإعاقة والوقاية منها والعناية بشئون المعوقين.

٩/ تعتبر عملية التأهيل حق للمعوقين في مجال المساواة مع غيرهم من المواطنين وذلك لتوفير فرص العيش الكريم لهم.

١٠/ تعتبر التنمية الشاملة للتأهيل جزء منها وماتتطلبه هذه التنمية من تطوير في الهياكل والبنى الاقتصادية والاجتماعية ركيزة أساسية في القضاء على أسباب الإعاقة بمختلف صورها وذلك باعتبارها إستراتيجية وقائية للحد من انتشار ظاهرة الإعاقة.

١١/ عملية التأهيل تعتبر مسئولية تقع على عاتق الدولة والمجتمع والأسرة بشكل عام من أجل مواجهة مشكلات الإعاقة وماينجم عنها.

عوامل نجاح عملية التأهيل:

لابد للتأهيل لكي يكتمل بنجاح وفعالية من توفرعوامل أربعة هي:

١) الشخص المعوق نفسه.

٢) أسرة المعوق.

٣) المجتمع.

٤) فريق التأهيل.

أولاً: تأهيل الفرد المعوق:

تركز خطة التأهيل الفردية للمعوق على مجالات مختلفة من البرامج التأهيلية، وإن اختيار البرنامج المناسب يعتمد بشكل أساسي على الاحتياجات التأهيلية للفرد المعاق وعلى قدراته وإمكانياته وميوله واستعداداته.

ويمكن تحديد برامج وأنشطة التأهيل إلى:

١. التأهيل الطبي.

٢. التأهيل النفسي.

٣. التأهيل الاجتماعي.

٤. التأهيل المهني.

٥. التأهيل الأكاديمي(التربوي)

ثانيًا: تأهيل البيئة:

إن خطة التأهيل يجب ألا تقتصر على الشخص المعوق فقط بل يجب أن تمتد لتشمل البيئة التي يعيش فيها الفرد المعوق أيضاً إذا ماأردنا أن نحقق أهداف عملية التأهيل المتعلقة بمواجهة المشكلات التي يمكن أن تنجم عن العجز وكذلك إذا ما أردنا إعادة دمج الشخص المعوق في المجتمع.

إن تأهيل بيئة الفرد المعوق يعني توفير الظروف البيئية المناسبة سواء مايتعلق منها بالبيئة البشرية أو البيئة المادية والطبيعية وذلك من أجل توفير الظروف البيئية الملائمة لنجاح عملية التأهيل وتلبية الاحتياجات الخاصة للفرد المعوق والناجمة عن حالة العجز التي يعاني منها.

وتعتبر البيئة المحررة من العوائق من أهم الاتجاهات التأهيلية المعاصرة والتي حظيت باهتمام كبير سواء على المستوى التشريعي أو المستوى التنفيذي في العديد من دول العالم.

إن عملية تأهيل البيئة يجب أن تركز على عنصرين لا يقلان أهمية ع بعضهما البعض وكذلك لايقلان أهمية عن تأهيل الفرد المعاق نفسه وهما :

١) العنصر الأول ويتمثل في تأهيل الأسرة التي يعيش في ظلها الفرد المعوق سواء بتعديل اتجاهات أفرادها أو بإرشادهم وتقديم خدمات الدعم النفسي والاجتماعي والاقتصادي لهم أو بتدريبهم على أساليب التعامل مع الفرد المعاق. كما ويشتمل هذا العنصر أيضاً على تعديل وتطوير الاتجاهات الإيجابية من قبل أفراد المجتمع لزيادة تقبل الفرد المعوق ومنحه فرص الاندماج والعيش بحرية واستقلال.

٢) العنصر الثاني ويتمثل في البيئة الطبيعية وتأهيليها لتتناسب مع حاجات ومتطلبات الأفراد المعوقين والمتمثلة في السكن والمواصلات وتهيئة المباني العامة والتجارية والخدمات الترويحية وإجراء التعديلات الملائمة عليها لتمكين الأفراد المعوقين من الاستفادة منها بدون أية حواجز أو عوائق، كذلك الأمر فيما يتعلق بوسائل المواصلات لتيسير مهمة تنقلهم.

ومن المؤشرات الدالة على اهتمام الدول بتحرير البيئة من العوائق هو قيام العديد منها بسن التشريعات والقوانين والأنظمة التي تتطالب بإجراء التعديلات اللازمة على المباني والمنشآت والطرق وإشارات المرور وغيرها ضمن ما يسمى كودة البناء

الخاصة بالعوقين، أو قانون العوائق المعمارية الذي صدر في أمريكا عام ١٩٦٨م (الشناوي ١٩٩٨)

أنواع التأهيل للمعوقين:

تأخذ عمليات التأهيل للمعوق ألواناً وأنماطاً مختلفة بحسب أوجه اختلاف تكيف المعوق. فقد يحتاج المعوق إلى خدمات طبية ليتمتع بأقصى قدرة بدنية ممكنة (التأهيل الطبي)، أو قد يحتاج إلى التغلب على النتائج النفسية التي تصاحب العاهة (التأهيل النفسي)، أو قد يحتاج إلى الخدمات الاجتماعية ليأخذ وضعاً مقبولاً في المجتمع دون ماتفرقه بينه وبين العاديين (التأهيل الاجتماعي)

وفيما يلي تفصيلاً لأهم أنواع التأهيل للمعوقين:

١/ التأهيل الطبي: Medical Rehabilitation

التأهيل الطبي هو أحد البرامج والأنشطة الأساسية لعملية التأهيل، وهو يهتم بالجوانب المرضية سواء المسببة للعجز أو الجوانب المرضية والصحية التي يمكن أن تنشأ عن العجز.

وتهدف برامج التأهيل الطبي إلى:

١. العمل على الوقاية من تكرار حصول حالة العجز باستخدام وسائل الكشف والفحوص الطبية والجينية.
٢. العمل على الاكتشاف المبكر لحالات العجز وإجراء عمليات التدخل المبكر للحيلولة دون تفاقم مشكلة العجز.
٣. العمل على تحسين أو تعديل القدرات الجسمية والوظيفية للفرد بوسائل العلاج الطبي اللازمة سواء باستخدام العقاقير والأدوية أو العمليات الجراحية أو غيرها من الإجراءات وذلك للوصول به إلى أقصى مستوى من الأداء الوظيفي.

وسائل التأهيل الطبي:

١. الأدوية والعقاقير الطبية.

٢. العمليات الجراحية.

٣. العلاج الطبيعي.

٤. الأجهزة الطبية التعويضية والوسائل المساعدة.

٥. الإرشاد الطبي.

التأهيل النفسي: Psychological Rehabilitation

تلعب الظروف النفسية للفرد المعوق وأسرته دوراً بارزاً وحيوياً في تحويل حالة العجز إلى حالة إعاقة أو في تقبل حالة العجز والتكيف معها والعمل على الإفادة من أنشطة وبرامج التأهيل اللازمة.

ولابد من التذكير من أن الآثار النفسية التي تتركها حالة العجز على حياة الفرد وعلى حياة أفراد أسرته غالباً ماتكون من الدرجة العميقة التي تحتاج إلى جهود كبيرة في العمل للتخفيف من المشاعر والضغوط النفسية التي يمكن أن تنشأ عن حالة العجز.

ونظرًا لأهمية هذا الموضوع نرى أن العديد من الدراسات على المستوى العالمي والإقليمي والمحلي قد اهتمت بدراسة الآثار والضغوط النفسية الناجمة عن حالة العجز والإعاقة سواء على الفرد المعوق نفسه أو على أسرة الفرد المعوق.

وتشير الحديدي ومسعود(١٩٩٧) إلى أن الدراسات التي اهتمت بالآثار النفسية الناجمة عن ولادة طفل معوق في الأسرة قد أكدت على أن هذه الأسر غالباً ماتتعرض لضغوط نفسية شديدة تؤثر على كيانها كنظام اجتماعي من جهة وتؤثر على أفرادها من جهة ثانية.

إن من أهم مظاهر الضغوط النفسية التي يتعرض لها أفراد الأسرة هي الشعور بالخجل أو الدونية أو الذنب، إنكار الإعاقة، الحماية الزائدة أو رفض الطفل

المعاق وإخفائه عن الأنظار أو الانعزال عن الحياة الاجتماعية وعدم المشاركة في مظاهرها.

كذلك فإن حالة العجز أو الإعاقة تؤثر على الفرد المعوق نفسه فهي تؤثر على فهمه وتقديره لنفسه

وإمكانياته وتجعله يعيش في حالة من القلق والتوتر والخوف من المستقبل، كما قد تؤثر في نظرته للحياة وثقته بالآخرين.

أهداف برامج التأهيل النفسي:

أ) أهداف موجهة نحو الفرد المعوق وتشمل التالية:

١) مساعدة الفرد المعوق على تحقيق أقصى درجة من التوافق الشخصي، ذلك من خلال تقبله لذاته وظروفه وواقعه الجديد، وفهمه لخصائصه النفسية ومعرفة إمكاناته المتبقية وتطوير اتجاهات إيجابية عن ذاته، ومساعدته على مواجهة مايعترضه من معوقات والتغلب عليها.

٢) مساعدة الفرد المعوق على تحقيق أقصى مايمكن من التوافق الاجتماعي والمهني، وذلك من خلال مساعدته في تكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين والخروج من العزلة الاجتماعية والاندماج في الحياة العامة للمجتمع، وكذلك مساعدته على الاختيار المهني السليم الذي يتناسب مع حالته وميوله واستعداداته.

٣) العمل على تعديل بعض العادات السلوكية الخاطئة التي قد تنشأ عن الإعاقة.

ب) أهداف موجهة نحو أسرة الفرد المعوق:

١) مساعدة الأسرة على فهم وتقدير وتقبل حالة الإعاقة وذلك من خلال تزويدها بالمعلومات الضرورية عن حالة الإعاقة ومتطلباتها وتعديل اتجاهاتها نحو إعاقة طفلها.

٢) مساعدة الأسرة على مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تنشأ عن حالة الإعاقة والتخفيف من آثارها.

٣) مساعدة الأسرة في الوصول إلى قرار سليم واختيار مجال التأهيل المناسب لطفلهم المعوق.

٤) مساعدة الأسرة على بناء توقعات إيجابية وموضوعية عن قدرات وإمكانيات طفلها المعاق.

٥) تدريب الأسرة إرشادها على أساليب رعاية وتدريب الطفل المعاق.

وسائل وأساليب التأهيل النفسي:

١) الإرشاد النفسي.

٢) الإرشاد الأسري.

٣) تعديل السلوك.

٤) التوجيه والإرشاد المهني.

٥) العلاج النفسي.

التأهيل الاجتماعي: Social Rehabilitation

إن دمج الفرد المعوق في الحياة العامة للمجتمع هو أحد أهداف التأهيل الأساسية بل هو الهدف النهائي لعملية التأهيل.

وإن دمج المعوق في المجتمع يتطلب إعداده إعداداً جيداً للتكيف مع متطلبات الحياة العامة والاستجابة للمعايير والقيم الاجتماعية والعادات والتقاليد المتعارف عليها في المجتمع وبناء علاقات اجتماعية ناجحة مع الأفراد والجماعات إضافة إلى إعداده للاستقلال المعيشي والاجتماعي والأسري.

من هنا نستطيع القول بأن التأهيل الاجتماعي يعني إعداد الفرد المعوق للتكيف والتفاعل الإيجابي مع المجتمع ومتطلبات الحياة العامة من خلال مجموعة من من البرامج والأنشطة الاجتماعية نحو الفرد المعوق ونحو أسرته والبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها.

أهداف التأهيل الاجتماعي:

يهدف التأهيل الاجتماعي للمعوقين إلى:

١. تطوير مهارات السلوك الاجتماعي التكيفي عند الفرد المعوق.

٢. العمل على تعديل اتجاهات الأسرة نحو طفلها المعوق وتوفير المساعدات ووسائل الدعم المناسبة لها لتكون قادرة على تأمين ظروف التنشئة الاجتماعية المناسبة له.

٣. توفير الظروف الوظيفية لتمكين المعوق من ممارسة حياته والاندماج في الحياة العامة وتكوين أسرة وتلبية احتياجاته واحتياجات أفراد أسرته.

٤. العمل على توفير الظروف البيئية المناسبة لدمج المعوق في المجتمع المحلي وذلك من خلال العمل على تعديل اتجاهات الأفراد وردود فعلها تجاه الإعاقة.

٥. العمل على توفير الخدمات الاجتماعية اللازمة لتلبية الاحتياجات الخاصة للأفراد المعوقين والحث على سن التشريعات والقوانين اللازمة لتأمين حقوقهم.

٦. توفير الظروف المناسبة لتسهيل مشاركة المعوقين في الأنشطة والبرامج التي يوفرها المجتمع لأفراده سواء كانت هذه البرامج والأنشطة تعليمية أم اجتماعية أم ثقافية أم ترويحية.

٧. دعم وتشجيع العمل الاجتماعي التطوعي وتأسيس جمعيات المعوقين أو جمعيات أهالي المعوقين الاجتماعية والمهنية.

أساليب التأهيل الاجتماعي:

يذكر المغلوث (١٩٩٩) أن أساليب الرعاية والتأهيل الاجتماعي للمعوقين تختلف حسب نوع ودرجة الإعاقة وحسب الظروف الاجتماعية والاقتصادية للفرد المعوق وأسرته. ونقلاً عن رمضان (١٩٩٥) يشير المغلوث (١٩٩٩) إلى الأساليب التالية:

١. **أسلوب الرعاية المنزلية**: ويركز على الوقوف على الظروف الأسرية التي يعيش في ظلها الفرد المعوق ومساعدة أسرة المعوق في الحصول على الخدمات المتوفرة في المجتمع وإحداث التغييرات المطلوبة سواء في اتجاهات أفراد لأسرة أو في تكييف البيئة السكنية للأسرة لتفي باحتياجات الفرد المعوق.

٢. **أسلوب الرعاية النهارية**: أي تأمين مؤسسات الرعاية النهارية لخدمة الأفراد المعاقين وذلك تحاشياً لعزلهم عن بيئاتهم الطبيعية واختزال مدة التأهيل.

٣. **أسلوب الرعاية الإيوائية**: وهذا الأسلوب يستخدم فقط مع الحالات التي تتطلب هذا النوع من الرعاية كحالات الإعاقات الشديدة والمتعددة والحالات التي تعجز الأسرة عن تأمين مستلزمات الرعاية اللازمة للفرد المعوق.

٤. **أسلوب الرعاية اللاحقة**: ويستخدم بعد إتمام عملية التأهيل وإدماج المعوق في أسرته أو في المجتمع أو تشغيله للتأكد من عدم تعرضه للمشاكل ومواجهة أية صعوبات يمكن أن تواجهه. ويرى أبو النصر (٢٠٠٠) بأن الرعاية اللاحقة يجب أن تهدف إلى:

أ) مواجهة صعوبات التكيف مع البيئة ومع العمل خاصة في المراحل المبكرة لعودة المعوق إلى الحياة الطبيعية بعد عمليات العلاج والتأهيل.

ب) توفير فرص استمرار واستقرار المعوق في التعليم أو في العمل وتذليل كافة المعوقات الإدارية أو المادية أو الاجتماعية التي تؤثر سلباً على استمرار المعوق في دراسته أو في عمله.

ج) مساعدة المعوق على الاستفادة من المؤسسات المختلفة القائمة في المجتمع المحلي الذي يعيش فيه المعوق سواء كانت صحية أو اجتماعية أو ترفيهية.

د) التأكد من متابعة المعوق للخطة العلاجية وخاصة المعوقين الذين يحتاجون لخدمات علاجية بشكل دائم.

التأهيل المهني: Vocational Rehabilitation:

يعتبر التأهيل المهني من المراحل المهمة في عملية التأهيل الشاملة. وقبل الخوض في

أية تفاصيل عن هذا الموضوع لابد من الإشارة إلى التقدير الخاطئ لأهمية التأهيل المهني للمعوقين والذي يمارس وللأسف الشديد في العديد بل في معظم الدول العربية، حيث أن التأهيل المهني يعني في الكثير من الدول العربية الاختيار الوحيد أمام معظم فئات المعوقين. ويعود ذلك إلى الاتجاهات السلبية والتوقعات المتدنية حول قدرات المعوقين التعليمية التي تميل في الغالب إلى اعتبار المعوقين غير قادرين على الاستمرار في عملية التعليم، غير أن بعض الدول أدركت أهمية إتاحة الفرصة للعديد من الأفراد المعوقين للاستمرار في عملية التعلم إلى الحد الذي تسمح به قدراتهم وإمكانياتهم، وهيأت لهم الفرص ليواصلوا تعليمهم حتى أعلى مراحل التعليم الجامعي، مع الإبقاء على التأهيل المهني كخيار بديل لمن لاتسمح لهم قدراتهم الاستمرار في التعلم.

لقد عرفت اتفاقية تأهيل واستخدام المعوقين عام ١٩٨٣م رقم ١٥٩ توصية رقم ١٦٨، التأهيل المهني بأنه تلك المرحلة من عملية التأهيل المتصلة والمنسقة التي تشمل توفير خدمات مهنية مثل التوجيه المهني والتدريب المهني والاستخدام الاختياري بقصد تمكين الشخص المعوق من ضمان عمل مناسب والاحتفاظ به والترقي فيه (الزعمط،١٩٩٢)، أما كما (١٩٩٩) فيعرف التأهيل المهني بأنه برنامج شامل يتضمن خطوات منسقة ومتواصلة لتوفير مجموعة من الخدمات

الفنيـة مثـل التوجيـه المهـني والتـدريب المهـني بقصـد تمكـين المعـاق مـن ضـمان الحصول على عمل مناسب لظروفه وإمكانياته والاحتفاظ به والترقي فيه لتعزيز إدماج المعاق في المجتمع.

ويـرى الطريقـي بـأن التأهيـل المهـني هـو تـوفير الرعايـة والخـدمات المهنيـة اللازمة لتمكين المعوق من استعادة قدراته وتهيئته لمباشرة عمله الأصلي أو أداء أي عمل آخر يناسب حالته أو وضعه الحالي.

وفي النهاية يمكن القول بأن التأهيل المهني هو مجموعة البرامج والأنشطة التي تهدف إلى استثمار وتوظيف قدرات وطاقات الشخص المعوق وتدريبه على مهنة مناسبة يستطيع من خلالها الحصول على دخل يساعده على تأمين متطلباته الحياتية.

أهداف التأهيل المهني:

١. توظيف طاقات وقدرات الشخص المعوق في تدريبه على مهنة مناسبة.
٢. ضمان عمل مناسب للشخص المعوق وضمان احتفاظه بهذا العمل والترقي فيه.
٣. ضـمان دخـل اقتصـادي دوري ملائـم يسـتطيع مـن خلالـه الشـخص المعـوق تأمين متطلباته الحياتية.
٤. إعادة ثقة الشخص المعوق بنفسه وتقديره لذاته والشعور بالإنتاجية.
٥. تعديل اتجاهات الآخرين نحو قدرات وإمكانات الشخص المعوق.
٦. توجيـه واسـتثمار الأيـدي العاملـة والطاقـات المعطلـة للأشـخاص المعـوقين كمورد من موارد التنمية الاقتصادية المنتجة في المجتمع.
٧. دمج المعوق في الحياة العامة للمجتمع.

إنَّ تحقيق أهداف التأهيل المهني يتطلب توفر العناصر التالية:

١. توفر الميول والاستعدادات المهنية والقدرات الشخصية المناسبة عند الشخص المعوق.

٢. توفر مراكز التدريب المهني وتزويدها بالإمكانيات البشرية والمادية والتقنية المناسبة.

٣. توفر فرص العمل اللازمة في المجتمع لتشغيل المعوقين بعد استكمالهم لمتطلبات عملية التأهيل والتدريب المهني.

٤. توفر الاتجاهات الإيجابية والرغبة من قبل أصحاب المصانع والمصالح التجارية لتشغيل المعوقين في مراكزهم ومؤسساتهم.

٥. توفر التشريعات والقوانين اللازمة لحفظ حقوق العمال المعوقين.

خطوات عملية التأهيل المهني:

تمر عملية التأهيل المهني عبر مجموعة من الخطوات نحددها فيما يلي:

١.التقييم المهني: Vocational Evaluation

وهي عملية تهدف إلى دراسة قدرات وإمكانيات الشخص المعوق المهنية والتعرف على
ميوله واستعداداته المهنية بهدف مساعدته على الاختيار المهني في حدود ماهو متوفر من برامج
مهنية في مراكز التدريب المهني.

ويقوم بهذه الخطوة أخصائي التقييم المهني أو مرشد التأهيل وتستخدم فيها عدد من المقاييس والاختبارات النفسية والمهنية التي تساعد على التنبؤ بالمجالات المهنية التي تناسب استعدادات وميول وقدرات الشخص المعوق.

٢.التوجيه المهني: Vocational Guidance

وهـي خطـوة تهـدف إلى مسـاعدة الأشـخاص المعـوقين علـى الاختيـار المهـني للمهنـة الـتي تتناسـب مـع ميـولهم واسـتعداداتهم وقـدراتهم مـن جهـة ومـع فـرص استخدامهم في سوق العمل من جهة أخرى.

٣.التدريب المهني: Vocational Training

وهـي الخطـوة الرئيسـية في عمليـة التأهيـل المهنيـة الـتي تخصـص للتـدريب الفعلي للشخص المعوق على المهنة التي تم اختيارها بعد إجراء التقييم والتوجيه المهني. وتمر عملية التدريب المهني في ثلاث مراحل هي:

أ) التهيئة المهنية: وهي مرحلة يتم فيها تعريف المعوق على المهنة التي سوف يتدرب عليها وتعريفه بقوانينها ومستلزماتها والأدوات المستخدمة فيها والمهارات اللازمة لأداء المهنة وتزويده بالاتجاهات الإيجابية نحو العمل والإنتاج.

ب) التطبيق العملي: وهي المرحلة التي يتم فيها تدريب الشخص المعوق عمليًّا على المهنة التي تم اختيارها بحيث تضمن هذه العملية وصول المعوق في نهايتها إلى الأداء المهني الجيد الذي يؤهله للمحافظة على المهنة والاستمرار والترقي فيها.

ج) التدريب في سوق العمل: وهي المرحلة الأخيرة التي يتم فيها وضع المعوق في الشركات والمؤسسات ذات العلاقة تحت إشراف مباشر من عمال مؤهلين للتأكد من أداء المعوق المهني، مع ضرورة المتابعة من قبل مركز أو مؤسسة التأهيل.

٤. التشغيل: Employment

هي الخطوة النهائية ومحصلة الخطوات السابقة والتي تأخذ أشكالاً متعددة منها:

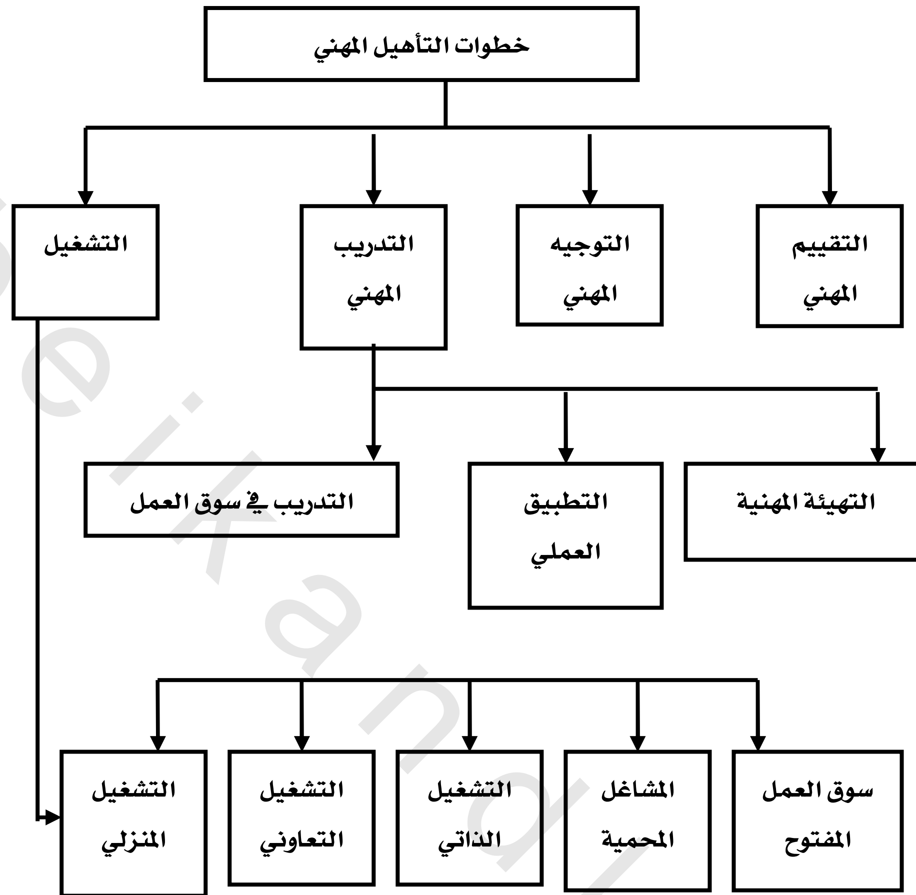
أ) **التشغيل في سوق العمل المفتوح** والتي تمثل مجموعة فرص الاستخدام التي يوفرها قانون العرض والطلب في ظل قانون العمل والاستخدام في سوق العمل. ويسمى التشغيل في سوق العمل المفتوح بالتشغيل الانتقائي ويعتبر من أهم أنواع التشغيل.

ب) **التشغيل المحمي، Sheltered Work-Shops** أو التشغيل في المشاغل المحمية، ونظراً لأن التشغيل الانتقائي يواجه أحياناً صعوبات في تكييف بيئة العمل لتناسب حاجات الأشخاص المعوقين، تم إيجاد فرص للتشغيل في المشاغل المحمية التي هي عبارة عن مشاغل بعيدة ومحمية من منافسة السوق، وتكون بيئة العمل فيها متناسبة مع احتياجات العمال المعوقين.

ج) **التشغيل الذاتي Self Employment**، وفي هذا النوع يقوم المعوق بالعمل لحسابه الخاص بعد توفير رأس المال المناسب له.

د) **التشغيل المنزلي Home-Paced Employment**، وهذا النوع مخصص للأشخاص المعوقين الذين تحول ظروف إعاقتهم من الالتحاق بالأنواع الأخرى، حيث يمارس المعوقين في هذا النوع أنشطة صناعية أو حرفية داخل المنزل وتتم عملية تسويق منتوجاتهم من قبل أشخاص أو هيئات صناعية أو تجارية أو خيرية لها علاقة.

هـ) التشـغيل التعـاوني Cooperative Employment، ويعـني تشـغيل المعـوقين في مشـاريع أو مؤسسـات أو جمعيـات تعاونيـة أو في جمعيات تعاونية خاصة يشرف على إدارتها وتسويق منتوجاتها المعوقون أنفسهم ويتقاسمون الأرباح فيما بينهم.



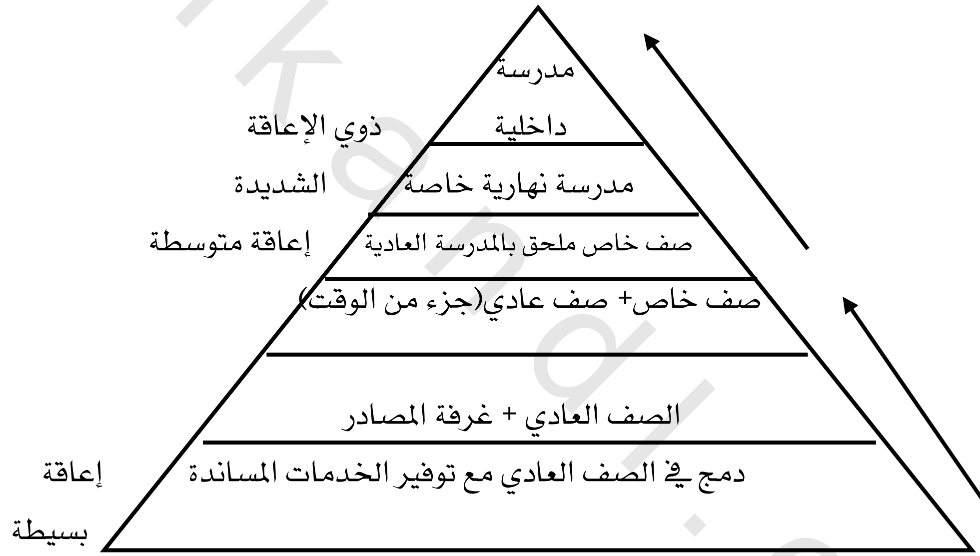
شكل رقم (١) يبين خطوات التأهيل المهني

التأهيل التربوي:Educational Rehabilitation

يعتبر التأهيل التربوي من أهم البرامج في عملية التأهيل، ويعني توفير البرامج التربوية الخاصة (Special Education Programs) للأفراد المعوقين في البيئات الأقل تقييداً (Least Restrictive Environment). وتختلف برامج التربية الخاصة باختلاف فئة الإعاقة، فالبرامج التربوية الخاصة بذوي الإعاقة العقلية تختلف في مضمونها وأساليبها ووسائلها عن البرامج التربوية الخاصة بذوي الإعاقات السمعية، أو البصرية، أو الجسدية وهكذا. كما وتختلف البدائل التربوية المقدمة لفئات المعوقين باختلاف درجة الإعاقة وطبيعة الاحتياجات التربوية الخاصة، حيث تتراوح هذه البدائل مابين التعليم في الصف العادي (الدمج الشامل Inclusion) إلى التعليم في مراكز ومؤسسات أو مدارس داخلية.

. ويوضح الشكل رقم (٢) توزيع البدائل التربوية الخاصة.

ويوضح الشكل رقم (٢) توزيع البدائل التربوية الخاصة.



شكل رقم (٢)

يتم تحديد البرنامج التربوي المناسب في ضوء الاعتبارات التالية:

١. درجة الإعاقة وشدتها: فكلما كانت الإعاقة شديدة كانت الاحتياجات التربوية الخاصة أكثر وكلما كانت الحاجة إلى مدارس نهارية أو داخلية أكثر.

٢. درجة وعي الأسرة واتجاهاتها وتوقعاتها من الطفل: فكلما كانت اتجاهات الأسرة سلبية وتوقعاتها من طفلها متدنية كلما اتجهت نحو المدارس الخاصة أو المؤسسات الداخلية.

٣. مدى توفر الخدمات التربوية في البيئة التي يعيش فيها الطفل.

إن من الضروري معرفة أن المكان التربوي يجب ألا يكون مكاناً دائماً للطفل، حيث أنه كلما تغيرت حاجاته التربوية كلما تغير وفقاً لها البرنامج التربوي وبالضرورة قد يتغير المكان التربوي.

إن عملية التأهيل التربوي وبغض النظر عن المكان التربوي الذي تطبق فيه تهدف إلى تزويد الطفل المعوق بالمعلومات والمهارات الضرورية التي تلبي احتياجاته التربوية الخاصة من خلال برامج تربوية وأساليب تدريس ووسائل تعليمية مناسبة يؤديها معلمون متخصصون في التربية الخاصة يتم إعدادهم في الكليات التربوية في الجامعات. وتغطي خدمات التأهل التربوي الفئات التالية من التلاميذ:

١. فئة الأطفال المتخلفين عقليًّا. The Mentally Retarded

٢. فئة الأطفال المعوقين بصريًّا. The Visually Handicapped

٣. فئة الأطفال المعوقين سمعيًّا The Hearing Impaired

٤. فئة الأطفال المضطربين سلوكيًّا. The Behavioral Disordered

٥. فئة الأطفال المعوقين جسميًّا. The Physically Handicapped

٦. فئة الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم. The Learning Disabled

٧. فئة الأطفال المضطربين لغوياً ونطقيًّا. Language & Speech Disorders

٨. فئة الأطفال الموهوبين والمتفوقين. The Gifted Children

وهكذا نرى أن خدمات وبرامج التأهيل التربوي ليست موجهة فقط لفئات الأطفال المعوقين بل تهتم أيضاً بفئات الأطفال الموهوبين والمتفوقين. وتجدر الإشارة إلى أن البرامج التربوية المقدمة لكل فئة من هذه الفئات تختلف عن الفئات الأخرى، وفيما يلي توضيحاً لذلك:

١) البرامج التربوية الخاصة المقدمة لفئة الأطفال المتخلفين عقلياً:

تتضمن برامج التربية الخاصة للمتخلفين عقلياً تركيزاً على جانب المهارات (Skills) أكثر من

جانب المعلومات نظراً لأنهم يفتقرون إلى القدرة على التعلم والقدرة على التذكر، وتعتمد عملية تقديم هذه البرامج على استراتيجيات وأساليب تعليمية خاصة وفقاً لمبدأ فردية التعليم (Individualized Teaching)، وتشتمل البرامج التربوية على المهارات التالية:

أ) **المهارات الاستقلالية (Independent Skills)**: وتشمل على مهارات العناية الذاتية (Self-help Skills)، ومهارات الحياة اليومية (Daily Living Skills)، ومهارات السلامة (Safety Skills) .

ب) **المهارات الحس حركية (Sensory Motor Skills)** : وتشمل على مهارات التآزر الحركي البصري (Eye-hand Coordination)، والمهارات الحركية الدقيقة (Fine-Motor Skills)، والمهارات الحركية الكبيرة (Gross- Motor Skills) .

ج) **المهارات اللغوية (Language Skills)** : وتشمل على مهارات اللغة الاستقبالية (Perceptive Language Skills)، ومهارات اللغة التعبيرية (Expressive Language Skills) .

د) المهارات الاجتماعية(**Social Skills**) .

هـ) **المهارات الأكاديمية(Academic Skills)**: وتشمل على مهارات القراءة والكتابة والحساب.

و) **المهارات المهنية (Vocational Skills)** .

٢) البرامج التربوية الخاصة بالمعوقين بصريًّا:

تركز البرامج التربوية الخاصة بالمعوقين بصرياً على محورين أساسيين هما المحور الأكاديمي ومحور التدريب على المهارات الخاصة.

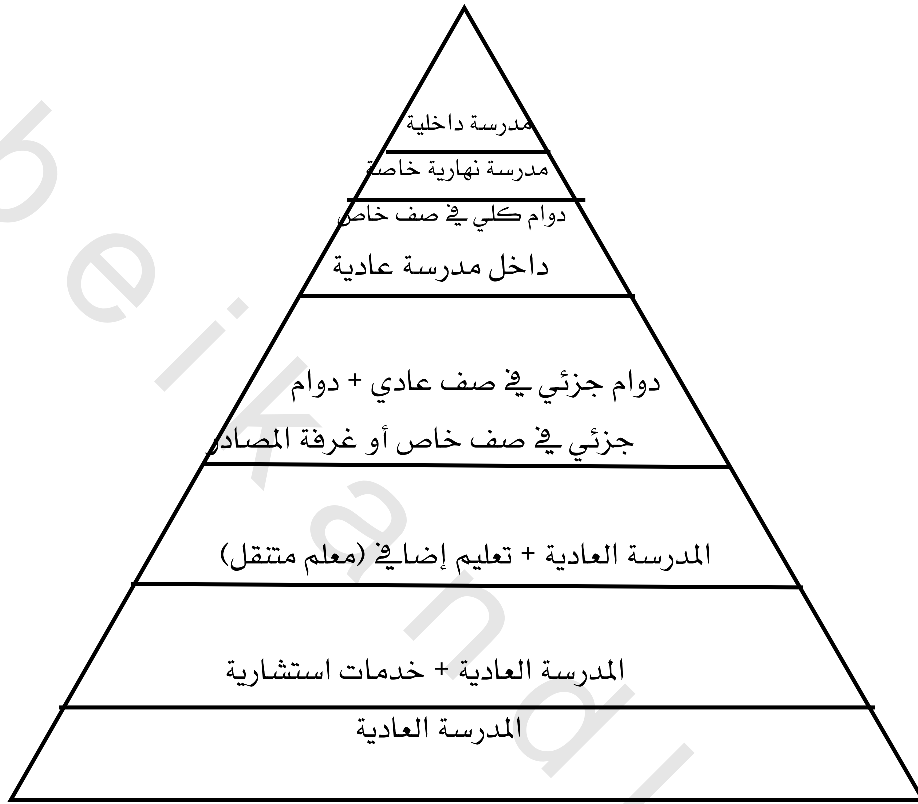
في المحور الأكاديمي اختلفت الآراء حول طبيعة المناهج الدراسية التي يجب تقديمها للطلبة المعوقين بصرياً ، فهناك من يرى ضرورة استخدام نفس المناهج التي تدرس في المدارس العادية ومنهم مايرى إجراء تعديلات على المناهج العادية وأصحاب الرأي الثالث يرون ضرورة تعليم المعوقين بصرياً وفقاً لمناهج خاصة بهم.

أما المهارات الخاصة التي يجب تدريب الكفيف عليها فهي تتمثل في المهارات الحسية ومهارات الحركة والتنقل، ومهارات التكيف الاجتماعي، ومهارات الحياة اليومية، ومهارات العناية الذاتية والاستقلالية وكذلك المهارات الخاصة باستخدام الأدوات والوسائل التعليمية الخاصة بالمعوقين بصرياً (القراءة والكتابة والحساب) .

تتأثر الاحتياجات التربوية للمعوقين بصرياً بعوامل مختلفة من أهمها (الحديدي، ١٩٩٨):

١. العمر عند حصول الإصابة حيث يحدد ذلك مدى وجود أو عدم وجود التخيل البصري.
٢. درجة الفقدان البصري أو شدة الإصابة.
٣. شخصية الفرد المعوق بصرياً ومدى نجاحه أو فشله في التكيف مع إعاقته البصرية.

لقد بينت الحديدي (١٩٩٨) في الشكل التالي البدائل التربوية الخاصة بالمعوقين بصريًّا.



شكل رقم (٣) البدائل التربوية الخاصة بالمعوقين بصريًّا

٣)البرامج التربوية الخاصة بذوي الإعاقة السمعية:

الإعاقة السمعية تشير إلى حالة من العجز في القدرة السمعية قد ينشأ عن حالة صمم تام أو حالة من ضعف السمع تؤدي إلى أن يفقد الشخص المصاب القدرة على التواصل اللغوي مع الآخرين.

والإعاقة السمعية في حد ذاتها لاتؤثر في المقدرة العقلية للشخص أو في قدرته على التعلم، ومع ذلك فإن الأفراد المعوقين سمعياً يحتاجون عموماً إلى شكل من أشكال التدخل الخاص أو التربية الخاصة لكي يتلقوا قدراً من التعليم يكون كافياً لإدماجهم في الحياة العامة للمجتمع.

ولاشك بأن الشخص الذي يعاني من الإعاقة السمعية يختلف عن الأشخاص السامعين في المظاهر التالية:

١. عدم القدرة على سماع الأصوات وإدراكها.
٢. عدم القدرة على تمييز الأصوات.
٣. عدم القدرة على إنتاج الأصوات.
٤. عدم القدرة على التواصل اللغوي.
٥. الحاجة إلى بدائل مناسبة لتعويض العجز السمعي سواء مايتعلق منها بالمعينات السمعية أو طرق التواصل أو أساليب تعليمية خاصة.

إن التأهيل التربوي لذوي الإعاقة السمعية يجب أن يركز على محورين كما هو الحال بالنسبة لذوي الإعاقة البصرية وهما المحور الأكاديمي ومحور التدريب على المهارات الخاصة.

ففي المحور الأكاديمي يتفق العديد من الأخصائيين على ضرورة إجراء تعديلات على المناهج الدراسية العادية بما يتلاءم مع قدرات الطلبة ذوي الإعاقة السمعية واحتياجاتهم التربوية الخاصة، كما يحتاج تأهيل المعوقين سمعياً إلى وسائل واستراتيجيات خاصة تتناسب مع درجة العجز السمعي.

ويجب أن تهدف عمليات التأهيل التربوي لهذه الفئة إلى تمكينهم من التعلم حتى أعلى مستوى تعليمي وفقاً لقدراتهم وإمكانياتهم، ومن الملاحظ أن المعوقين سمعيًّا قد أثبتوا قدرة كبيرة في الوصول إلى مراحل عليا من التعليم ومنهم من حصل على درجة الماجستير وحتى الدكتوراه.

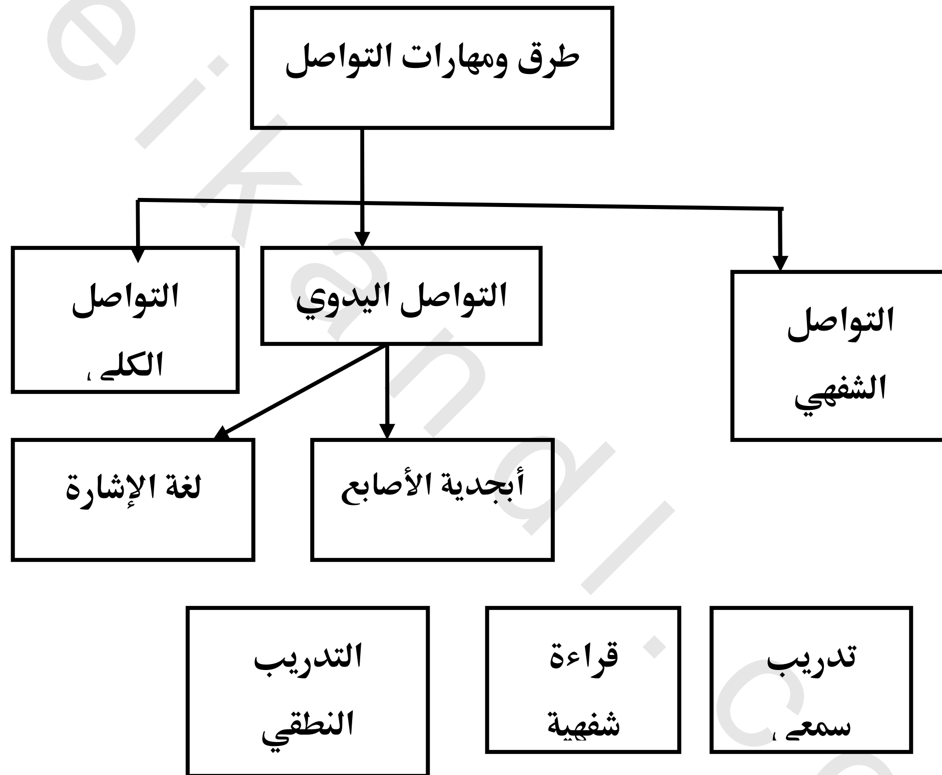
أما فيما يتعلق بجانب المهارات الخاصة فيجب التركيز على المهارات التي تساعد المعوقين سمعيًّا على التعلم والتواصل. ومن أهم المهارات التي يجب التركيز عليها التالية:

أ) مهارات التواصل اللغوي والإشاري (انظر الشكل ٤)

ب) التدريب السمعي.

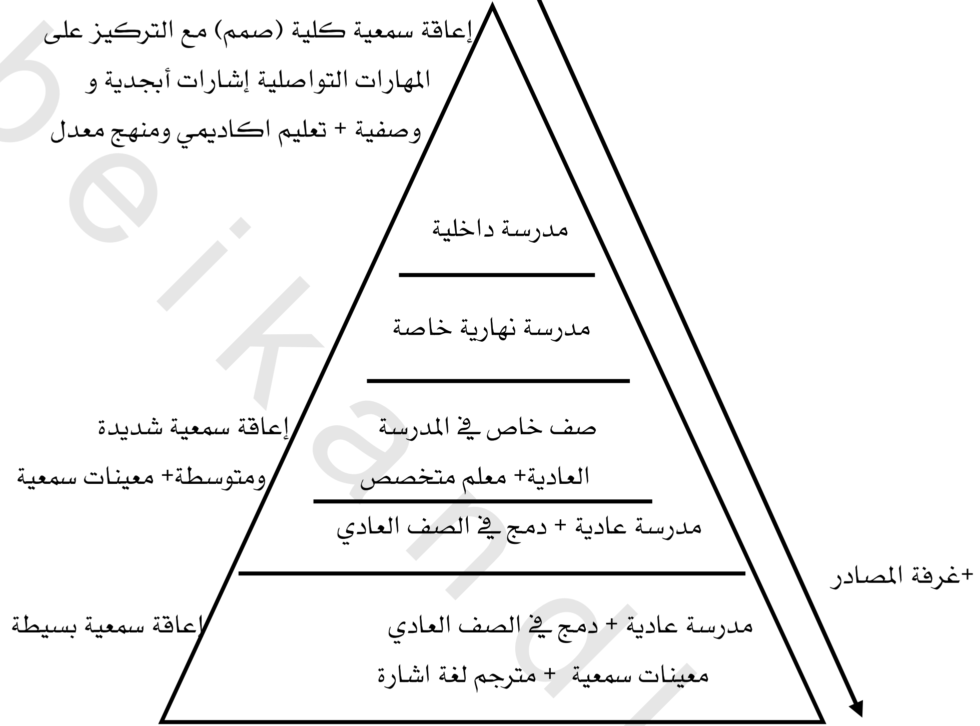
ج) التدريب النطقي.

هذا ولابد من الإشارة إلى أهمية التدخل المبكر في تدريب الطفل على هذه المهارات لما لها من أهمية في مساعدته على التعلم في مراحل المدرسة المختلفة.



شكل رقم (٤) طرق ومهارات التواصل للصم

البدائل التربوية للمعوقين سمعيًّا :



شكل رقم (٥)

يمثل الشكل أعلاه البدائل التربوية للمعوقين سمعيًّا على النحو الآتي:

أ) بدائل تربوية لضعاف السمع ومن يستخدمون المعينات السمعية Hearing Aids

١. دمج في الصف العادي.

٢. دمج في الصف العادي مع وجود مترجم لغة إشارة.

٣. دمج في الصف العادي مع الاستعانة بغرفة المصادر.

٤. صف خاص في المدرسة العادية يقوم بالتدريس فيه معلم متخصص.

ب) بدائل تربوية للصم وذوي الإعاقات السمعية الشديدة ممن لايستفيدون من المعينات السمعية:

١. مدرسة نهارية خاصة بالصم.

٢. مدارس داخلية خاصة بالصم، وهذا النوع من البدائل ينحسر تدريجياً في ظل حركة التحرر من المؤسسات (Deinstitutionalization)

إنَّ اختيار البديل التربوي المناسب لذوي الإعاقة السمعية يعتمد على العوامل التالية:

١. نوع ودرجة العجز السمعي.

٢. عمر الشخص عند حدوث الإعاقة السمعية.

٣. اتجاهات الوالدين والأسرة نحو تعليم ذوي الإعاقة السمعية.

٤. اتجاهات المعلمين وقدرتهم على التعامل مع هذه الفئة.

٥. نظرة المجتمع نحو تعليم ذوي الإعاقة السمعية.

٦. مدى توفر المعينات السمعية وقدرة المعوق سمعياً على استخدامها والمحافظة عليها.

٧. الاكتشاف والتدخل المبكر.

٤) **البرامج التربوية الخاصة بذوي الإعاقات الجسمية:**

ينظر إلى الإعاقة الجسمية على أنها حالة من العجز الجسمي أو الصحي تصيب الفرد وتعوق قدرته على التعلم أو الذهاب إلى المدرسة مما يتطلب أساليب تدخل خاصة.

ويرى الخطيب (١٩٩٨) بأن مصطلح الإعاقة الجسمية يشير إلى الاحتياجات الخاصة التربوية وغير التربوية للأفراد العاجزين جسمياً، ومصطلح العجز الجسمي يشير إلى حالة من العجز الحركي الناتج عن اضطرابات حركية وعظمية.

ولاشك فإن الإعاقة الجسمية تترك آثاراً نفسية واجتماعية وجسمية ووظيفية متباينة على الشخص المصاب.

ويمكن تصنيف الإعاقات الجسمية إلى:

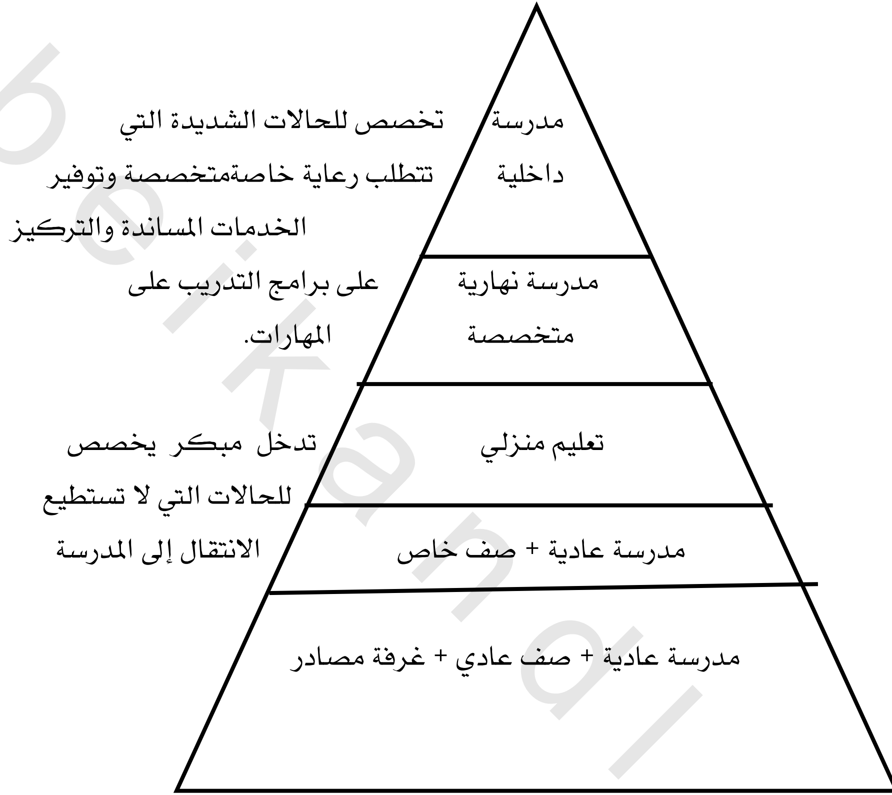
١. **الاضطرابات العصبية Neurological Impairments**: وهي حالة تنجم عن الإصابات التي تصيب الجهاز العصبي المركزي المكون من الدماغ والنخاع الشوكي، وتتراوح هذه الإصابات من البسيطة إلى الشديدة حسب موقع الإصابة، ومن أمثلتها الشلل الدماغي(Cerebral Palsy) والصرع(Epilepsy) والاستسقاء الدماغي(Hydrocephalus) وشلل الأطفال(Poliomyelitis) وإصابات النخاع الشوكي(Spinal Cord Injuries) وإصابات العمود الفقري(Spina Bifida). وقد تنشأ هذه المشكلات عن عدم اكتمال النمو في الجهاز العصبي المركزي أو إصابته بالتلف وتؤدي إلى إحداث أضرار بالوظائف الجسمية والانفعالية والعقلية للشخص المصاب.

٢. الاضطرابات العضلية والعظمية(**Muscular And Skeletal Impairments**): وهي إصابة العضلات والعظام بدرجة تؤثر على قدرة الشخص المصاب على الحركة والتنقل باستقلالية، وغالباً تحدث هذه الإصابات في الأطراف أو في المفاصل أو في العمود الفقري، كما وقد تكون ولادية أو مكتسبة (الخطيب، ١٩٩٨). ومن أمثلة هذا النوع من الاضطرابات تذكر البتر والوهن العضلي والحثل العضلي والروماتيزم وهشاشة العظام وانحناءات العمود الفقري واضطرابات القدم.

الاحتياجات التربوية الخاصة للمعوقين جسميًا:

تختلف الاحتياجات التربوية للأشخاص المعوقين جسمياً وفقاً لنوع ودرجة العجز الجسمي، غير أنه يمكن إجمال الاحتياجات الخاصة على النحو الآتي:

١. الحاجة إلى التدريب على الحركة والتنقل باستقلالية.
٢. الحاجة إلى التدريب على المهارات الاستقلالية (الطعام، ارتداء الثياب، استخدام الحمام والاغتسال)
٣. الحاجة إلى استخدام الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة والتدريب عليها.
٤. الحاجة إلى التدريب على مهارات التواصل (الكلام، الإشارة، الإيماءات، الكتابة والطباعة على الآلة الكاتبة)
٥. الحاجة إلى إحداث تعديلات مناسبة في البيئة المنزلية والبيئة المدرسية لتمكين الشخص الذي يعاني من عجز جسمي من الاندماج فيها.



شكل رقم (٦)

البدائل التربوية لذوي الإعاقات الجسمية

البدائل التربوية لذوي الإعاقات الجسمية:

تتراوح البدائل التربوية الخاصة بذوي الإعاقات الجسمية مابين الدمج في الصف العادي في المدرسة العادية إلى المؤسسات والمراكز الداخلية المتخصصة، كما هو موضح في الشكل رقم (٦).

إن اختيار البديل التربوي المناسب يتأثر بالعوامل التالية:

١. قدرات الشخص المصاب ودافعيته نحو التعلم.

٢. نوع ودرجة العجز الجسمي.

٣. البيئة الخالية من العوائق.

٤. الاتجاهات نحو المعوقين جسميًّا ونحو قدراتهم التعليمية.

٥. مدى توفر الخدمات المساندة كالعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والعلاج النطقي.

٦. مدى توفر الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة.

٧. مدى اهتمام الأسرة ومشاركتها في البرامج التربوية.

يرى الخطيب والحديدي (١٩٩٨) أن هناك اعتبارات خاصة يجب أخذها بعين الاعتبار في برامج التأهيل التربوي للمعوقين جسمياً هي:

١. إزالة الحواجز المادية التي قد تعيق أو تمنع دخول الطفل المعوق جسمياً إلى المدرسة والصف أو التحرك والتنقل فيها باستقلالية مثل إزالة الأدراج وإنشاء الأدراج وإنشاء مداخل خاصة أو إضافة مصاعد وتكييف المرافق المدرسية لتلاءم احتياجات هؤلاء الطلبة.

٢. ترتيب المقاعد في الصف بشكل يسمح بحرية الحركة للطلبة الذين يستخدمون الكراسي المتحركة أو العكازات.

٣. توفير أماكن مناسبة وكافية لتخزين المعدات والأدوات الخاصة بالطالب.
٤. تدريب الطلبة على العناية بالأجهزة والوسائل المساعدة التي يستخدمونها.
٥. تعديل طرق المشاركة في الأنشطة المدرسية والصفية لتجنيب الطلاب من المخاطر.
٦. التعامل الصحيح والمناسب مع الحالات الطارئة التي قد يتعرض لها الطلاب مثل النوبات التشنجية وردود الفعل التحسسية وحالا الإغماء.... إلخ.
٧. تنفيذ الأنشطة والبرامج التي تساعد الطلبة على اكتساب مهارات العناية بالذات.
٨. تصميم وتكييف الوسائل التعليمية لتتناسب مع الاحتياجات التربوية الخاصة بالطلاب.
٩. مساعدة الطالب على تطوير اتجاهات واقعية نحو نفسه ونحو العجز الذي يعاني منه.

٥) البرامج الخاصة بذوي الصعوبات التعليمية:

يشير مصطلح صعوبات التعلم إلى تلك الصعوبات التي يمكن أن تنتج عن وجود خلل في عمليات التعلم أو في عدم ملائمة ظروف التعلم أو في كلاهما معاً.

لقد أورد البتال (٢٠٠٠) تعريفان لصعوبات التعلم أولهما يمثل التعريف الفدرالي الأمريكي والثاني يمثل تعريف اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم في الولايات المتحدة الأمريكية.

ويحدد التعريف الفدرالي صعوبات التعلم بأنها اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات السيكولوجية الأساسية التي تشمل استخدام أو فهم اللغة المنطوقة والمكتوبة والتي تظهر في عدم قدرة الفرد على أن يستمتع أو يفكر أو يتحدث أو يكتب أو يقرأ أو يقوم بعمليات حسابية ، ويشتمل هذا الاضطراب على حالات

صعوبات الإدراك وانخفاض الأداء الوظيفي وصعوبة القراءة ولايشمل من لديه مشاكل في التعلم تعود إلى إعاقة بصرية أو سمعية أو حركية أو انفعالية أو عدم الكفاية في النواحي البيئية والاقتصادية أو الثقافية.

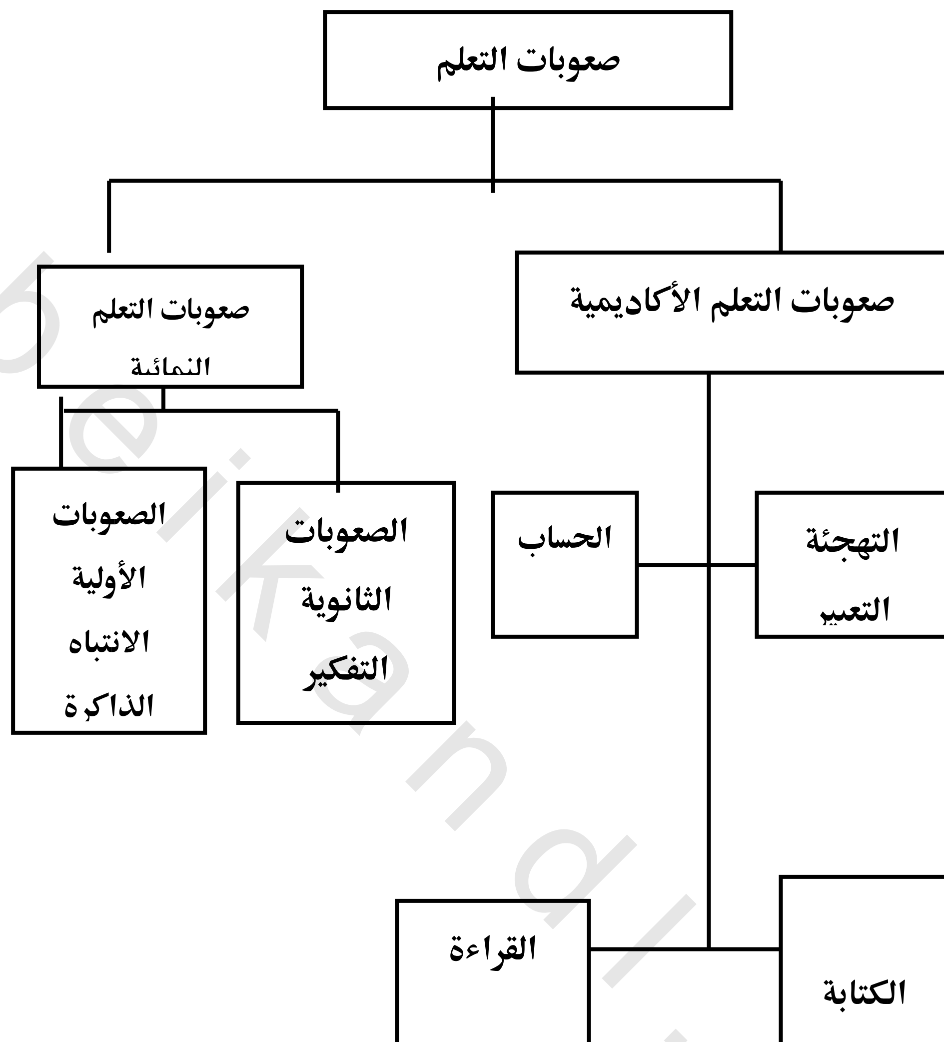
بينما أشار التعريف الثاني إلى أن الطالب الذي لديه صعوبات تعلم يظهر تباينًا شديدًا بين القدرات العقلية والتحصيل الأكاديمي في واحدة أو أكثر من مجالات التعبير الشفهي، أو التعبير الكتابي أو فهم المسموع أو مهارات القراءة الأساسية أو فهم المقروء أو العمليات الحسابية أو الاستدلال الرياضي، كذلك إذا لم يتمكن الطالب من أن ينجز إنجازاً مناسباً لعمره وقدراته في هذه المجالات عندما يدرس بطريقة ملائمة.

أنواع صعوبات التعلم:

يمكن تصنيف صعوبات التعلم إلى مجموعتين هما:

١. صعوبات التعلم النمائية Developmental Learning Disabilities
٢. صعوبات التعلم الأكاديمية Academic Learning Disabilities

والشكل التالي يوضح أنواع صعوبات التعلم:



شكل (٧) أنواع صعوبات التعلم

الاعتبارات الخاصة لتعليم ذوي الصعوبات التعليمية:

يشير الخطيب والحديدي (١٩٩٨) إلى ضرورة مراعاة الاعتبارات التالية عند التخطيط لتعليم الطلبة ذوي صعوبات التعلم:

١. إجراء التعديلات اللازمة على التعليم الأكاديمي واتخاذ إجراءات تصحيحية في تعليم المهارات الأكاديمية التي يواجه الطالب فيها صعوبات كبيرة والإجراءات التعويضية التي تمثل استبدال طرق التدريس المألوفة بأخرى تتناسب مع حاجات الطالب الخاصة والتي منها:

أ) توظيف القدرات الحسية في عملية التدريب.

ب) تشجيع الطالب على المشاركة في تحديد الأنشطة التعليمية الخاصة به.

ج)توفير فرص لممارسة ماتعلمه الطالب وربط المهارات المتعلمة سابقاً بالمهارات الحالية.

٢. العمل على صياغة أهداف تعليمية واقعية وقابلة للتحقيق.

٣. يحتاج بعض الطلاب من ذوي الصعوبات التعليمية إلى برامج تعديل سلوك.

٤. ينبغي على المعلمين الاهتمام بمعالجة مظاهر العجز في السلوك الاجتماعي والتكيفي من خلال تصميم برامج مناسبة لتطوير الكفايات الشخصية والاجتماعية للطالب.

أساليب تعليم ذوي صعوبات التعلم:

١. طريقة التدريب على العمليات وهي عبارة عن تصميم أنشطة تعليمية تهدف إلى التغلب على المشكلات الوظيفية للعمليات الإدراكية ذات الصلة بصعوبة التعلم، وتشمل هذه الطريقة على الأساليب التالية:

أ) أساليب التدريب النفسي لغوي.

ب)أساليب التدريب باستخدام الحواس.

ج) أساليب التدريب المعرفي.

٢. طريقة التدريب على المهارات وتركز هذه الطريقة على المهارات التي يظهر فيها الطالب تصوراً واضحاً وتستند إلى مبادئ وإجراءات تعديل السلوك، وتشتمل هذه الطريقة على الإجراءات التالية:

أ) التحديد الإجرائي والدقيق للسلوك المراد تعليمه (تحديد المهمة التعليمية)

ب) تحليل المهمة التعليمية إلى مجموعة مهمات جزئية قابلة للتحقيق (تحليل المهارة أو السلوك)

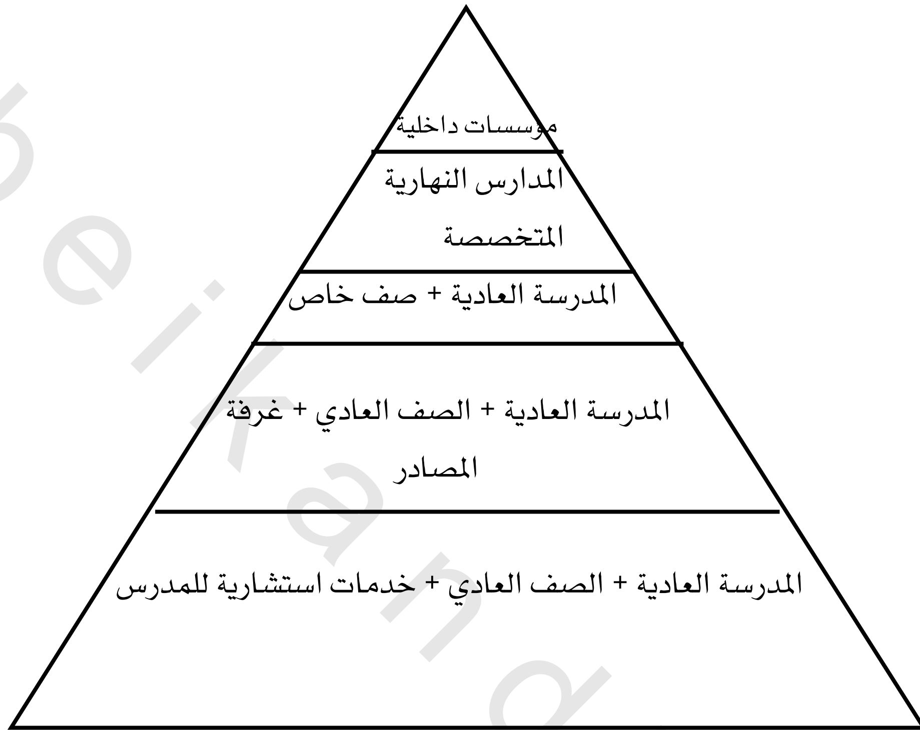
ج) التعليم المباشر على أداء المهمة.

د) التقييم المستمر لتحديد درجة الإتقان.

٣. طريقة الجمع بين التدريب على العمليات والتدريب على المهارات.

البدائل التربوية الخاصة بذوي صعوبات التعلم:

يوضح الشكل رقم (٨) البدائل التربوية المناسبة لذوي صعوبات التعلم والتي تتراوح بين برامج الدمج الكلي في الصف العادي وحتى البرامج المؤسسية الداخلية.



شكل رقم (٨) البدائل التربوية لذوي صعوبات التعلم

إن تحديد البديل التربوي المناسب يعتمد على درجة الإعاقة وطبيعة الاحتياجات التربوية الخاصة. ولابد أن نراعي في تنفيذ البرنامج التربوي المناسب إمكانية انتقال الطلبة إلى البديل التربوي باتجاه الصف العادي أو الصف الأقل تقييدًا .

٦) البرامج التربوية الخاصة لذوي الاضطرابات السلوكية:

ينظر إلى الاضطرابات السلوكية على أنها تلك الأنماط السلوكية التي تختلف من حيث تكرارها ومدة حدوثها وشدتها عما يعتبر سلوكاً مقبولاً أو

طبيعيا في ضوء الموقف أو العمر الزمني للفرد أو جنسه أو البيئة الثقافية والاجتماعية التي يعيش في ظلها.

وفي ظل هذا المفهوم يعتبر السلوك مضطربًا إذا ما توفرت فيه الشروط التالية:

١. تكرار السلوك سواء في عدد مرات حدوثه أو في الفترة الزمنية التي يستغرقها السلوك.
٢. شدة السلوك من حيث قدوته أو ضعفه.
٣. عمر الشخص والسلوك المتوقع من الأقران الذين هم في نفس العمر الزمني، أي مدى ملائمة السلوك لعمر الشخص وتوقعات الآخرين عنه.
٤. ثقافة المجتمع والقيم الثقافية والاجتماعية السائدة فيه ومدى ملائمة السلوك لهذه القيم.

وللحكم على الأفراد المضطربين سلوكياً لابد من توفر الخصائص التالية إضافة لشروط التي وردت أعلاه:

١. عدم القدرة على التعلم لأسباب غير عقلية أو حسية أو صحية.
٢. عدم القدرة على تكوين علاقات شخصية مع الآخرين.
٣. ظهور أنماط سلوكية لاتتناسب مع الموقف.
٤. ظهور مزاج عام من الكآبة والحزن.
٥. الميل نحو تطوير أعراض جسمية مرتبطة بمشكلات شخصية أو مدرسية (سيكوسوماتية).

٦- أنواع الاضطرابات السلوكية:

قسم القريوتي وآخرون (١٩٩٥) الاضطرابات السلوكية إلى أربعة أنواع أساسية هي: ١- اضطرابات التصرف.٣. اضطرابات عدم النضج/ النمائية.
٣- اضطرابات الشخصية. ٤. الاضطرابات الأخلاقية.

البدائل التربوية للمضطربين سلوكياً:

تأخذ البدائل التربوية للمضطربين سلوكياً الأشكال التالية (السرطاوي والشخص، ١٩٩٩، ج١،ج٢):

١. مراكز الرعاية الاجتماعية والمؤسسات الداخلية المتخصصة.

٢. المواقف الاجتماعية الطبيعية ومن أشكالها مراكز التأهيل المهني ومراكز التأهيل المجتمعي وبرامج الإرشاد والعلاج الأسري.

٣. المدرسة العادية وتشمل الدمج في الصف العادي أو الصفوف الخاصة لكل الوقت أو بعض الوقت.

٤. المدارس النهارية المتخصص.

٦) البرامج التربوية الخاصة بذوي الاضطرابات اللغوية والنطقية:

لا تقتصر الاضطرابات اللغوية والنطقية على الأشخاص المعوقين فقط بل قد يعاني منها أشخاص من غير المعوقين كما أنها لا ترتبط بالقدرات العقلية للشخص. كذلك فإن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات لغوية ونطقية غالباً مايعانون من مشاكل انفعالية واجتماعية.

عرف الشخص (١٩٩٧) الكلام المضطرب بأنه ذلك الكلام الذي يختلف عن الكلام العادي بمختلف خصائصه من صوت وإيقاع وتردد ومخارج وطلاقة بصورة تجعل الفرد غير قادر على توصيل الرسائل الشفهية إلى الآخرين، حيث يحدث لها تشويه يجعلها غير مفهومه وغير ذات قيمة للآخرين، ويصل ذلك إلى درجة تعوق عملية تواصل الفرد معهم، ومايترتب على ذلك من آثار اجتماعية ونفسية تحول دون قدرة الفرد على آداء مهام الحياة اليومية بصورة مناسبة وقد يتعرض لسوء التوافق الشخصي والاجتماعي من جراء ذلك.

أما السرطاوي وجوده (١٩٩٩) فقد قدما تعريفاً لآرام حيث يقول بأن الاضطرابات اللغوية تتضمن الأطفال الذين يعانون من سلوكات لغوية مضطربة تعود إلى تعطل في وظيفة معالجة اللغة التي تظهر على شكل أنماط مختلفة من الأداء وتتشكل بواسطة الظروف المحيطة في المكان الذي تظهر فيه.

أشكال اضطرابات اللغة والنطق:

يمكن تقسيم اضطرابات اللغة والنطق إلى أربعة أشكال أساسية على النحو التالي:

١. اضطرابات النطق(Speech Disorders) وتشمل:

أ) الحذف (Deletion)

ب) التحريف والتشويه (Distortion)

ج) الإبدال (Substitution)

د) الإضافة (Addition)

٢. اضطرابات الصوت (Voice Disorders) وتشمل:

أ) اضطرابات طبقة الصوت.

ب) ارتفاع الصوت.

ج) نوعية الصوت.

د) نغمة الصوت.

هـ) رنين الصوت.

٣. اضطرابات طلاقة الكلام (التأتأة، التلعثم أو اللجلجة Stuttering).

٤. اضطرابات اللغة (Language Disorders) وتشمل:

أ) اضطرابات اللغة الاستقبالية (Receptive Language Disorders)

ب) اضطرابات اللغة التعبيرية(Expressive Language Disorders)

البدائل التربوية لذوي اللغة والنطق:

قبل الحديث عن البدائل التربوية لابد من الإشارة إلى أن هناك عدة أساليب للتدخل
لعلاج اضطرابات اللغة والنطق وفقاً للأسباب المؤدية لها. ولابد في هذا المقام من التعرض باختصار إلى هذه النماذج:

١) النموذج التشخيصي العلاجي:

ويهدف هذا النموذج إلى تمكين الطالب من استخدام مهارات التواصل تدريجياً والانتقال من المهارات اللغوية الأكثر تعقيداً وفقاً لمبدأ الخطوة بخطوة. ويتم تحقيق هذا الهدف من خلال العمل على تطوير العمليات الضرورية لنمو المهارات اللغوية والكلامية باستخدام الوسائل التالية:

أ) إتباع مراحل وتسلسل النمو الطبيعي للغة (تعليم الأصوات، المفاهيم اللفظية، قواعد تشكيل الكلمات والجمل، مستويات وظائف الاتصال وفق التسلسل الطبيعي لها)

ب) توظيف مبادئ التعلم (أسلوب التدريب الموزع، التعميم، التعزيز الإيجابي)

ج) الاهتمام بالأثر الذي قد ينجم عن المشكلات اللغوية والكلامية على قابلية الطالب للتعلم والتكيف النفسي والاجتماعي ونمو الشخصية.

٢) النموذج التواصلي التفاعلي:

يتم فيه استخدام المهارات اللازمة عمليًّا للتفاعل التواصلي مع الآخرين باستخدام الأساليب التالية:

أ) أسلوب لعب الأدوار.

ب) أسلوب الدمى المتحركة.

ج) استخدام القصص.

٣) النموذج التكاملي:

ويتم من خلال تكييف البيئة لتهيئة الفرص لاكتساب المهارات اللغوية والكلامية.

٤) النموذج السلوكي:

وهو أكثر الأساليب شيوعاً ويتم من خلال توظيف مبادئ تعديل السلوك (التعزيز والتشكيل والتسلسل)، وأسلوب النمذجة في استخدام نماذج لفظية سليمة أمام الطالب ليقوم بتقليدها.

ويذكر الروسان (٢٠٠٠) بأن البرامج التربوية للمضطربين لغوياً ونطقياً يجب أن تتضمن التركيز على المهارات الأساسية التالية في تعليمهم:

١. أن يتولى عملية التدريب أخصائي العلاج النطقي (Speech Therapist)

٢. أن تتم عملية التعليم وفقاً لمبادئ تعديل السلوك.

٣. أن يتم اختيار الموضوعات المناسبة للحديث عنها وأن تكون محببة ومشوقة للطالب.

٤. أن يتم الاستماع باهتمام من قبل المعلم لحديث الطلاب وخاصة الذين يعانون من مشاكل أو صعوبات لغوية (التأتأة) أو نطقية.

٥. أن يقوم المعلم بتشجيع الطلاب ذوي المشكلات اللغوية على تقليد نطق الأصوات والكلمات والجمل بشكل صحيح وتعزيزها.

فريق التأهيل:

ويتكون فريق التأهيل من مجموعة من الأفراد الذين يمثلون مجموعة الاختصاصات التي تحتاجها الحالة، ويختلف تكوين الفريق والاختصاصات التي يجب أن تتوفر فيه تبعاً لظروف الحالة وطبيعية احتياجاتها الخاصة. ويتأثر عمل فريق التأهيل بعوامل ثلاثة هي:

أ) فلسفة عمل الفريق.

ب) تنظيم عمل الفريق.

ج) تكوين الفريق.

أ) **فلسفة عمل الفريق:**

لابد لفسفة عمل الفريق أن تنطلق من الاعتبارات التالية:

١. الإيمان بقدرات وإمكانيات الفرد المعوق وعدم التركيز على جوانب العجز والضعف لديه.

٢. الإيمان بأن الفرد المعوق هو إنسان قبل أن يكون معوقاً وأن من حقه أن ينال الاهتمام والرعاية اللازمة.

٣. أن المعوق شخصية متكاملة لايجوز تجزئتها كما لايجوز التعامل مع المعوق بعيداً عن المحيط الذي يعيش فيه.

٤. إن الاعتبار الأول لعمل الفريق التأهيل هو في الوصول إلى أهداف التأهيل الموجهة نحو دمج الفرد المعوق في المجتمع ويجب ألا يكون للاعتبارات الإدارية أو التنظيمية أو الاقتصادية أي أولوية إلا في إطار ماتحققه من تأثيرات إيجابية على الفرد المعوق وعملية تأهيله.

٥. ضرورة توفر جو من الثقة والاحترام المتبادل والديمقراطية بين أعضاء الفريق.

٦. أن يتميز عمل الفريق بالإبداع والمثابرة وعدم اليأس والثقة في قدرات أعضاءه على الأداء المتميز.

٧. أن ينظـر الفريـق إلى الأهـل كشـركاء في عمليـة التأهيـل وأن يتفهمـوا طبيعة الضغوط واحتياجات الأسرة الخاصة.

ب) تنظيم عمل الفريق:

إن تنظـيم عمـل الفريـق هـو المعيـار الـذي يـؤثر علـى فاعليـة وموثوقيـة ومصداقية الفريق، لذا ينبغي مراعاة المقومات التالية لضمان التنظيم الجيد لعمل الفريق:

١. الاتفاق على قيادة الفريق بشكل ديمقراطي بغض النظر عن تخصص الشخص الذي يقود الفريق.

٢. أن تحديد مواعيد لاجتماعات أعضاء الفريق باتفاق الغالبية العظمى من أعضاء الفريق، وهذا لايمنع أبداً من أن تكون عملية التواصل بين أعضاء الفريق مستمرة خارج نطاق الاجتماعات الرسمية.

٣. أن يعمل الفريق على التوثيق المستمر وحفظ الملفات لكل مايتم البحث فيه ولكافة الأعمال والبرامج والخطط التي يحققونها.

٤. أن يكـون للفريـق سـلطة إداريـة وقانونيـة وأن تفـوض لـه الصـلاحيات الكافية والتي يستطيع من خلالها القيام بعمله على أكمل وجه.

٥. أن يتوفر للفريق الإمكانيات والاحتياجات اللازمة لإدارة وتنظيم عمله في مؤسسة أو مركز تأهيل.

ج) تكوين الفريق:

يختلـف تكـوين فريـق التأهيـل حسـب نـوع ودرجـة الإعاقـة وطبيعـة الاحتياجات الخاصة للفرد المعاق وحسب المؤسسة وطبيعة الخدمات التي تقدمها.

ففريق التأهيل العامل في مستشفى يختلف في تكوينه عن فريق التأهيل الذي يعمل في مركز للتأهيل المهني أو في مدرسة أو مركز للتربية الخاصة. كذلك يختلف تكوين الفريق للمعوقين سمعيًا عنه لذوي الإعاقات الجسمية أو العقلية، وهكذا.

على كل الأحوال لابد من الإشارة إلى أن هناك أعضاء أساسيين في فريق التأهيل يكونون في الأغلب من العاملين والمسئولين عن أقسام المركز أو المؤسسة التي يعملون بها، وأن هناك أعضاء مؤقتين حسب الحاجة.

أما الأعضاء الأساسيون للفريق فيتكونون من العناصر التالية:

١. الطبيب، وإذا لم يكن هناك طبيب يعمل في المركز أو المؤسسة فبالإمكان الاستعانة بطبيب من المستشفيات أو مراكز الصحة المتوفرة في البيئة المحلية.

وهو المسئول عن تحديد الوضع الصحي والمرضي للفرد المعوق وتقديم الإرشادات الصحية واقتراح الحلول العلاجية وتحويل المعوق للاختصاصات الطبية المطلوبة.

٢. الأخصائي الاجتماعي(Social Worker)، وهو شخص مؤهل في الخدمة الاجتماعية، تتحدد مسئوليته في إجراء الدراسة التقويمية الاجتماعية للفرد المعوق وأسرته والظروف الاجتماعية والبيئية والاقتصادية التي تعيش في ظلها الأسرة. كذلك يقوم بتقديم النصح والإرشاد للمعوق وأسرته للتغلب على الصعوبات التي تواجههم ومساعدتهم على التخفيف من حدة الضغوط التي يمكن أن تواجههم.

٣. الأخصائي النفسي (Psychologist)، ويقوم الأخصائي النفسي بإجراء الدراسة التقييمية النفسية، وتطبيق الاختبارات المناسبة على الفرد المعوق، سواء أكانت هذه الاختبارات تتعلق بشكل مباشر بجوانب الشخصية أو

الاختبارات الخاصة بالقدرات العقلية، كما يعمل الأخصائي النفسي على إعداد الشخص المعوق وأسرته للمشاركة الفاعلة في عملية التأهيل ويعمل مع الأخصائي الاجتماعي على تحديد كيفية مواجهة الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة.

٤. مرشد التأهيل(Rehaabilitation Counselor)، يكون مرشد التأهيل مسئولاً عن إجراء الدراسة التقييمية المهنية ومساعدة الفرد المعوق على الاختيار المهني ومساعدته على اكتشاف ميوله واستعداداته. كما أنه مسئول عن متابعة تنفيذ خطة التأهيل وتقييمها ومساعدة فريق التأهيل في تذليل الصعوبات التي تعترض عملية التأهيل. كما يقوم أيضاً بدراسة الحاجات المهنية المتوفرة في المجتمع المحلي وإرشاد المعوق ومساعدته على إيجاد عمل يناسب إعداده المهني ومتابعة تكيفه المهني في مكان العمل.

٥. أخصائي التربية الخاصة(Special Education)، وهو المسئول عن إجراء الدراسة التقييمية التعليمية وتحديد الاحتياجات التربوية الخاصة (Special Educational Needs) ووضع الخطة التربوية المناسبة، وتحديد المؤسسة والبرنامج التربوي المناسب والإشراف على ومتابعة التحاق المعوق بالبرنامج التربوي والتعليمي المقترح. كما تشمل مسئولية أخصائي التربية الخاصة متابعة المعوق خلال تطبيق البرنامج التربوي وتقديم النصح والإرشاد لمعلم التربية الخاصة أو المعلم العادي المسئول عن تطبيق الخطة التربوية المعتمدة.

ومن بين الأعضاء المؤقتين لفريق التأهيل نذكر على سبيل المثال وليس الحصر العناصر التالية:

١. أطباء استشاريون في طب الأعصاب، العظام، الأنف والأذن والحنجرة، العيون، الطب النفسي (حسب الحالة)

٢. أخصائي العلاج الطبيعي(Physio Therapist)، وهو المسئول عن العمل على تحسين وظائف العظام والعضلات وتحسين حركة المفاصل والتآزر الحركي والعمل على تدريب الفرد المعوق على استخدامات الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية، ويستخدم المعالج الطبيعي وسائل مختلفة في عمله مثل التمرينات والتدريبات العضلية والحركية وتمارين التوازن وأساليب التدليك اليدوي والكهربائي والعلاج المائي.

٣. أخصائي العلاج الوظيفي (Occupational Therapist)، ويعمل أخصائي العلاج الوظيفي على تدريب الفرد المعوق على الاستفادة والاستغلال الأمثل لقدراته وإمكانياته المتبقية باستخدام الأنشطة والبرامج الوظيفية المناسبة حسب طبيعة العجز وشدته. ومن بين أهم الأنشطة نذكر أنشطة الحياة اليومية Daily Living Skills وأنشطة العناية الذاتية Self Help Skillsوأنشطة الحركات الدقيقة Fine Motor Skill وأنشطة الحركات الكبيرة Groos Motor Skill والتآزر الحركي البصري Audiovisual-Motor Coordination.

ويرى الخطيب (١٩٩٨) أن برامج العلاج الوظيفي يجب أن تركز بشكل أساسي على تطوير مهارات تناول الطعام والشراب وارتداء الملابس وخلعها، واستخدام الحمام والمهارات الحركية الإدراكية واللعب.

٤. أخصائي قياس وتشخيص السمع Audiologist ، وتنحصر مهمته في تطبيق الاختبارات السمعية وتحديد درجة الفقدان السمعي Hearing Loss وطبيعة المعينات السمعية المناسبة Hearing Aids وتدريب المعوق وأسرته على الاستخدام الأمثل للمعينات السمعية وصيانتها.

٥. أخصائي علاج النطق والكلام Speech Therapist\pathologist ، وتقوم مهمته على تقديم الخدمات والبرامج العلاجية الخاصة باضطرابات النطق والكلام، وتقييم مستوى النمو اللغوي الاستقبالي والتعبيري وتشخيص مشكلات النطق والكلام، وتدريب المعوق وأسرته على أساليب وطرق التواصل الملائمة.

٦. أخصائي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية -Prosthetist Orthotist Therapist، وتنحصر مهمته في تقييم وتحديد الأجهزة التعويضية أو الأطراف الصناعية للفرد المصاب بالعجز بالتعاون والتنسيق مع الطبيب المختص، والتأكد من ملائمة الجهاز أو الطرف الصناعي لحالة المريض ويوفر للمريض وأسرته التعليمات الضرورية والملائمة لاستخدام الجهاز التعويضي أو ارتداء الطرف الصناعي وكيفية المحافظة عليه وصيانته.

إن وضع خطة التأهيل يجب أن تتركز على الفرد المعوق وعلى البيئة التي يعيش فيها.

الفصل الثاني

حالات التأهيل ومراحله

المبحث الأول: حالات التأهيل.

المبحث الثاني: مراحل التأهيل.

المبحث الثالث: أنظمة تقديم الخدمات للمعوقين

تمهيد :

يعتبر التأهيل المهني هو احد الأدوات الإستراتيجية للتأهيل المرتكز على المجتمع حيث يتم من خلاله تمكين الشخص ذي الإعاقة لاعتماده على ذاته وإكسابه المهارات اللازمة وتحضيره لسوق العمل والمشاركة في العملية الإنتاجية ودمجه المجتمعي حيث أن تشغيل ذوى الاعاقه واحتفاظهم بالوظائف والترقية في العمل يتطلب امتلاكهم لمهارات وكفايات فنيه محددة وخلاف ذلك يكون تشغيل المعاقين وكأنه شكل من أشكال الإعانة الاجتماعية دون مساهمتهم بشكل حقيقي في مهام الوظيفة المخصص لها وهذا غير مطلوب في حين أن المطلوب أن يمتلك الشخص ذوي الاعاقه من الكفايات المهنية اللازمة فتنفيذ الواجبات هو الضمانة لمارسه الحق وكي يلتزم أصحاب العمل بحقوق الأشخاص المعوقين يتوجب على المعوقين بذل كل الجهود للمشاركة في دورات التدريب المهني والعمل بإخلاص لرفع مستوى كفاءتهم، فصاحب العمل وبشكل طبيعي ومنطقي يسعى لنجاح مشروعه الاستثماري وتوسعه من خلال تعظيم الأرباح عبر أساليب عده أهمها تخفيض كلفه الإنتاج وزيادة الإنتاجية خلال الوحدات الزمنية المحددة فامتلاك الأشخاص المعوقين للمهارات الفنية وانسجامهم مع توجهات أصحاب العمل يساهم في بناء اتجاهات ايجابية لدى أصحاب العمل ويعزز بقائهم في الوظائف واستمرارهم فيها، فالتدريب المهني هو المرحلة الضرورية للوصول بالشخص المعوق إلى أفضل مستوى مهني ممكن ينسجم مع إمكانياته وقابليته وقدراته وتأتى أهمية التأهيل المرتكز على المجتمع في هذا السياق من خلال ما يلي :

برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع يعتمد استراتيجية تكاملية مع المؤسسات ذات العلاقة بالتدريب المهني ويمارس أولويات التأهيل وفق ما يستجيب لاحتياجات

ذوي الاعاقة وإمكانيات وشروط المؤسسات المهنية فهو لا يبدأ من الصفر بل يبدأ من الإمكانيات المتاحة والممكنة في المرحلة الراهنة.

برنامج التأهيل المرتكز على المجتمع يقدم خدماته التاهيلية في المراحل العمرية المبكرة للمعاقين فاعلاقتة الحيوية من خلال عمله في مكان سكن المعوقين يستطيع توفير المعلومات الخاصة بالمعوقين وظروفهم الاجتماعية والنفسية وقابليتهم فهذه الخبرة التراكمية توظف حالا في خدمة برامج التدريب المهني للمعوقين في حين أن مؤسسات التدريب المهني تتعامل معهم من خلال الإعلانات وشروط القبول للتدريب .

يوفر برنامج التأهيل سهوله الاتصال بالأشخاص المعوقين ويسهل عملية الالتقاء بهم ودعوتهم وتفهم مشكلاتهم وذلك بحكم الخدمات التاهيلية المتعددة التي يقدمها وديمومة العلاقة بين المعوقين والعاملين في برنامج التأهيل فهي غير محددة بوقت دوام أو خدمه واحدة أو تعليمات رسمية كما إنها علاقة تاريخية من خلال اعتماد برنامج التأهيل لاستراتيجيه التأهيل الأسري والتدخل المبكر .

إيمان برنامج التأهيل بضرورة الاستفادة من المصادر المجتمعية بهدف تمكين المعوقين وتدريبهم ودمجهم في المجتمع في هذا السياق تعتبر مراكز التدريب المهني هي مصادر مجتمعية متخصصة تمتلك المشاغل والأجهزة والمدربين المؤهلين في حين أن إنشاء مشاغل وتعيين المدربين الفنيين ملحقا ببرنامج التأهيل مكلف جدا ويتطلب تمويل كبير قد لا يتوفر لبرنامج التأهيل مما يتسبب في فشله وعدم قيامة بدوره التنموي كما يتطلب شروط ترخيص قانونية معقدة. .

- يعزز برنامج التأهيل العلاقة التبادلية الفعالة بين المعوقين المتدربين وفريق التدريب المهني وبين المتدربين وأصحاب العمل ومع أهالي المعوقين كما يعزز بناء العلاقة الداخلية بين مجموعه المتدربين ويساهم في التوعية حول مبادئ العدالة والمساواة وتكافؤ الفرص فالتأهيل المرتكز على المجتمع بمثابة استراتيجيه في إطار تنمية المجتمع المحلي ويهدف إلى تحقيق التأهيل وتكافؤ الفرص والاندماج

الاجتماعي لجميع الأشخاص المعوقين وينفذ من خلال الجهود المتظافرة للمعوقين أنفسهم ولأسرهم ومجتمعاتهم المحلية .

المبحث الأول:

حالات التأهيل

يمكن القول بأن حالات التأهيل تتنوع تنوعًا كبيرًا بحيث يمكن وصفها في عدة مجموعات، كما أن المجموعة الواحدة يمكن أن تشمل عدة أنواع من القصور والعجز، وفي داخل كل نوع توجد مستويات متنوعة.

واهتمامنا في هذا الفصل بحالات التأهيل ينصب بصفة خاصة على التعرف على الحاجات التأهيلية ومايتصل بها من جوانب تقويمية وتشخيصية وخدمات تقدم لهم وخبرات فنية وبيئة تأهيلية.

ومن هذه الحالات التي نتناولها:

١- حالات التخلف العقلي.

٢- حالات الإعاقة البصرية.

٣- حالات الإعاقة السمعية.

٤- حالات الإعاقة العصبية الحركية.

٥- حالات الصرع.

أولا : فئة التخلف العقلي:

الاعتبارات الخاصة في تأهيل حالات المتخلفين عقلياً:

١- تبدأ الجهود التأهيلية مع حالات التخلف في مرحلة مبكرة ومنذ الطفولة، ومن الصعب أن نفصل بين التربية الخاصة (التعليم) وبين التأهيل المهني لهذه الحالات، فيجب أن يسيرا في خط واحد مع التركيز على اكتساب المهارات التحصيلية في المراحل الأولى.

٢- تتضمن مرحلة التقويم في التأهيل تقويم الوظائف البدنية والعقلية ومستوى الذكاء والسلوك التكيفي والتقويم المهني.

٣- يكون التقويم لفترة ممتدة بالإضافة إلى استخدام الأدوات المقننة في عملية التقويم.

٤- تشتمل الخدمات التأهيلية على:

أ- الإعداد البدني من خلال العلاج الطبيعي والعلاج بالعمل وعلاج عيوب النطق والكلام.

ب- التدريب على جوانب السلوك التكيفي، سواء منها مايتصل بأنشطة الرعاية الذاتية والتخاطب والتنقل والتعامل بالنقود والعلاقات الاجتماعية.

ج- التدريب على جوانب مهنية من حيث تعلم مهارات متصلة بأعمال معينة والتدرب أيضاً على مهارات التوافق المهني.

د- الخدمات النفسية والطبية النفسية لتناول المشكلات النفسية والمشكلات العقلية، مثل حالات الصرع وحالات النشاط الزائد وغيرها.

هـ) خدمات الإرشاد النفسي للفرد المتخلف عقلياً ووالديه.

و) خدمات التسكين في المجتمع، والتي تشتمل على مساعدة الفرد الذي يتم تدريبه في الحصول على عمل في سوق العمل أو في ورشة محمية (مصنع خاص) أو إعداد مشروع خاص به.

ز) الخدمات الترويحية العلاجية والرياضية.

ومن الجوانب التي ينبغي مراعاتها في تأهيل حالات المتخلفين عقلياً مايأتي:

١- يفضل عدم عزل هؤلاء الأفراد عن أسرهم.

٢- يحتاج تعليم هؤلاء الأفراد إلى تعديلات خاصة من ناحية الفصول (حجرات الدراسة) وإعداد المدرسين والمناهج الدراسية والكتب والوسائل التعليمية وطريقة التدريس.

٣- يجب أن يكون العمل مع الحالات على أساس فردي.

٤- من الضروري العمل مع الحالات بنظام فريق التأهيل.

٥- ضرورة الاعتماد على المثيرات الحسية مثل الأناشيد والتدريبات البدنية والأنشطة الترويحية في عملية التعليم والتأهيل.

٦- أن تكون المجموعات داخل الفصول أو الورش قليلة.

٧- يفضل التدريب على الأعمال التي تحتاج إلى مهارات يدوية متوسطة وتتميز بالتكرار وعدم الاعتماد الكبير على الجوانب الذهنية والعقلية أو تحتاج إلى درجة عالية من المسئولية.

٨- ضرورة اشتراك الأسرة في بعض جوانب تعليم وتأهيل الفرد المتخلف.

٩- ضرورة أن يراعى الأمن في مركز التأهيل أو معهد التعليم.

١٠- يبدأ الإعداد المهني منذ الطفولة مع الدراسة، وكذلك تستمر الجوانب التعليمية مع برنامج التأهيل المهني.

١١- يعتمد تدريب وتعليم حالات التخلف العقلي على التكرار وزيادة التعليم Over Learning، وكذلك على تعلم الجوانب المحسوسة التي يمكن إدخالها إلى بيئة التعلم مباشرة.

١٢- التربية الدينية جزء هام في تكوين شخصية متوازنة للشخص المتخلف بجانب التدريب المستمر على جوانب التكيف الاجتماعي (السلوك التكيفي)

أمثلة لبعض الصناعات والأعمال التي يمكن تدريب المتخلفين عقليًا على القيام بها:

صناعة الخزف.	المساعدة في أعمال المطبخ.
النجارة .	أعمال النظافة في الفنادق.
أشغال الجلود.	أعمال الغسيل.
أشغال الخيزران والبامبو.	أعمال الزراعة والبستنة والحدائق.

تربية الدواجن والأرانب والأغنام.

٢- بعض المهام أو الخطوات في صناعات كبيرة وهامة:

- أعمال الخدمة المكتبية (السعاة).
- أعمال الإصلاح مثل السباكة.
- أعمال الطلاء.
- صناعة جانب من أجزاء المنتجات في أي صناعة من الصناعات.

وهناك مصانع ومكاتب للخدمة تقوم بأكملها على عمل المتخلفين عقلياً في الولايات المتحدة الأمريكية ودول أوربا، ومن ذلك مصانع للشموع ومكاتب خدمة الإعلانات، ومثل هذه المكاتب تقوم بتوزيع الإعلانات التي تقسم عمليتها بين مجموعة من الشبان المتخلفين، حيث يرتب شخص الإعلانات، ويتناول زميله واحداً منها فيضعه في مظروف، ويناوله لزميله الذي يلصق هذا المظروف. ثم لزميل يلصق عليه ورقة عليها اسم المرسل إليه، وهذه الأوراق تعد عادة عن طريق الحاسب الآلي وتشتمل على مادة لاصقة، ثم لزميل يختم عليها خاتم البريد المرخص للمكتب به وهكذا. كما يوجد في بولندا مجموعة من المتخلفين عقليًا

يقومون بصناعة أجزاء من أجهزة التلفزيون تشتمل على أعمال لحام وصلات وذلك في ورشة محمية ملصقة بالمصنع.

وقد أثبتت التجربة الحياتية أنة يمكن تدريب المعاقين عقليًّا على بعض المهن وأنهم ينجزونها بإتقان مثل الأشخاص الأسوياء لذا يجب الاهتمام بالاعتبارات التالية بخصوص ذوي الإعاقة العقلية :

١. أن تكون الإعاقة العقلية من حيث الدرجة بسيطة وغير مصحوبة بإعاقة سمعية أو بصرية أو حركية.

٢. يلائم المعاقين عقليًّا المهن التي تتطلب روتينًا في العمل، ولا يلزم معدات أو الآلات دقيقة وأهم ما يلائمهم أعمال التدبير الفندقي أو التدبير المنزلي أو أعمال النظافة والحمل والتنزيل والتعبئة والتغليف.

٣. يتطلب التدريب المهني للمعاقين عقليًّا فترة معينة من التهيئة المهنية المسبقة.

٤. يتطلب التدريب المهني للمعاقين عقليًّا اعتماد أسلوب التكرار والروتين والأوامر القصيرة والواضحة.

٥. نظرًا لمصاحبة إعاقة نطقية للإعاقة العقلية يجب أن يعتمد نفس الشخص لكافة مراحل التدريب وإصدار الأوامر، حيث يلاحظ تطور اللغة الاستقبالية للمعوق عقليًّا في حين يلاحظ محدودية وبطء تطور اللغة التعبيرية.

٦. يجب الانتقال في التدريب من المهارة البسيطة إلى الصعبة ومن المحسوس إلى المجرد.

٧. الميل لتبسيط المفاهيم، ويجب تدريبه من خلال الربط بين المهارة التدريبية والوظيفة أو الشكل أو التركيب.

٨. ضعف القدرة على التعميم، فيمكن أن ينجح المعاق عقليًّا في نظام دخول المشاغل في حين أنة يفشل في نفس النظام عند الخروج.

9. ضعف القدرات العقلية في مجالات التعميم والتفكير والتذكر والتمييز والتقليد.
10. سرعة التشتت وضعف الانتباه وضعف الذاكرة وانخفاض مستوى التركيز.
11. انخفاض في مستوى الحصيلة اللغوية.
12. انخفاض مستوى العمر العقلي عن مستوى الفئة العمرية المساوية.

ثانيًا: <u>التدريب المهني للمعاقين بصريًّا</u>

إن الحديث عن التدريب المهني للمعاقين بصريًّا يعني تحديدًا المكفوفين وهؤلاء الأشخاص يمكنهم بعد تدريبهم إنجاز العديد من المهن شريطة الأخذ بالاعتبارات التالية:

- ألا يكون الشخص الكفيف مصحوبًا بإعاقات أخرى حركية أو سمعية.
- يمكنهم القيام بالمهن التي تعتمد على السمع أو على اليدين مثل الصناعات اليدوية التي لا تتطلب مهارات دقيقة.
- مشكلة الشخص الكفيف تكمن في التنقل لذا يجب تدريبه وتشغيله في مركز قريب على سكنه الدائم.
- يجب مراعاة خلال التدريب المهني للكفيف ثبات الأجهزة ومحتويات المشاغل وفي حالة التغيير أو إعادة ترتيب يجب إبلاغة مسبقًا، حيث إنَّ الكفيف يتنقل داخل المشغل من خلال التمثل المكاني.

الاعتبارات التأهيلية في حالات الإعاقة البصرية:

إن الجوانب الفنية في عملية التأهيل لاتختلف في العمل من فئة إلى أخرى إلا من حيث المحتوى؛ حيث يتحدد ذلك بطبيعة العجز الحادث والحاجات المشتركة التي يفرضها. ويمكن أن تحدد الخطوط الآتية باعتبارها خطوطًا أساسية في العمل التأهيلي مع المعوقين بصريًّا.

١- **مصادر الحالات:**

تأتي حالات الإعاقة البصرية إلى مراكز التأهيل من جملة مصادر منها عيادات أطباء العيون ومستشفيات الرمد (مستشفيات العيون) وأقسام الرمد في المستشفيات العامة ومعاهد التربية الخاصة للمكفوفين (معاهد النور) وفصول ضعاف البصر والهيئات الأهلية وبرامج الضمان الاجتماعي في الوحدات الاجتماعية، وكذلك من يتقدمون من تلقاء أنفسهم لطلب هذه الخدمات.

٢- **الدراسة والتقويم:**

أ- التقويم الطبي:

ويحتاج الكفيف أو المعوق بصريًا إلى ثلاثة أنواع من الدراسة الطبية:

١- الحالة الصحية العامة.

٢- حالة الإبصار.

٣- حالة السمع.

وقد ذكرنا من قبل أنه من المفاهيم الخاطئة والشائعة بين عموم الناس أن الكفيف لديه قدرة سمعية خارقة، ولكن الواقع أن هناك فروقاً فردية كبيرة نحتاج معها أن نتعرف على حالة السمع لدى الكفيف لنساعده بالصورة المناسبة إذا تبين أن لديه نقصًا في السمع.

ب- التقويم النفسي:

قد نحتاج إلى التعرف على القدرات وخاصة القدرة الذهنية (الذكاء) وكذلك الميول وبعض جوانب الشخصية، ولأن الإعاقة البصرية تفرض على صاحبها قيداً في وصول المعلومات البصرية والتعامل معها. لهذا أصبح من الضروري استخدام الاختبارات النفسية التي تناسب هؤلاء الأفراد، والتي لاتعتمد أساساً على المعلومات البصرية مثل القراءة والكتابة والتعرف على الأشكال وغيرها. وقد ظهرت جهود كثيرة لاستنباط اختبارات مناسبة للمعوقين بصريًا أو

إعداد بعض الاختبارات بطريقة برايل لتناسب من يستخدمون هذه الطريقة. كما أن استخدام الاختبارات اللفظية هو الذي يعتمد عليه عن استخدام الاختبارات الأدائية، ومن الاختبارات المناسبة في ذلك الصدد اختبار هايزر بينيه، وهو اختبار خاص معدل ليناسب المكفوفين ويستنبط من مقياس استانفورد بينيه كما يستخدم كثير من الباحثين الجزء اللفظي من مقياس ويكسلر لذكاء الأطفال مع الأطفال المكفوفين. كذلك فقد قام نيولاند عام ١٩٦٤ بإعداد اختبار للاستعدادات التعليمية للمكفوفين The Blind Aptitude Test [BLAT] والذي يتضمن قياس قدرة الطفل على استخدام حاسة اللمس وهو مايعطي قيمة للاختبار، حيث تعتبر حاسة اللمس ذات أهمية خاصة في تعليم البرايل.

ويمكن استخدام مجموعة كبيرة من المقاييس المستخدمة مع المبصرين إذا طورنا تعليماتها وطريقة الإجابة عليها بما يناسب المكفوفين، سواء بإعدادها بالكتابة البارزة (البرايل) أو في صورة مادة مسموعة على أشرطة كاسيت، وبحيث تكون الإجابة بالبرايل أو على تسجيل.

ج- التقويم المهني:

ويتم هذا النوع من التقويم كما سبق الإشارة إليه بعدة أساليب منها عينات العمل وهو أسلوب يناسب المكفوفين، ويساعد في نفس الوقت على تنمية مهارات التوافق لديهم.

ثالثًا :فئة الإعاقة السمعية :

التدريب المهني للصم :

يحظى التدريب المهني للصم بالأهمية للاعتبارات التالية :

- نظرًا لتوفر فرص التشغيل بعد إنهاء الدورة التدريبية والطلب من أصحاب العمل.
- استجابة لاحتياجات المجتمع حيث إن الأشخاص الصم في غالبيتهم لا يكملون تعليمهم بعد الصف السادس .
- الأشخاص الصم يتمتعون بقدرات عقلية وبصرية وحركيه طبيعية تمامًا .
- الأشخاص الصم يمكنهم القيام بكم واسع من الأعمال التي تتطلب الرفع ، الحمل ، النقل ، أو الأعمال اليدوية الأخرى
- الشخص الأصم في حالة عمله لا يحتاج إلى تعديلات بيئية أو أدوات مساعدة صعبة الحركة أو تعديلات في مكان العمل أو أدوات العمل، فهو لا يوجد لديه مشكلة في التنقل وليس بحاجة إلى سيارة خاصة أو رامب أو مكان عمل الطابق الأرضي، بل يمكنه صعود الدرج.
- .درجه التزام الشخص الأصم في العمل عالية فهو بحكم إعاقته السمعية لا يستجيب للمشتتات والأحاديث الجانبية مع الزملاء
- أثبتت الدراسات أن إعاقته السمعية لا تؤثر على قدراته العقلية أو على مكونات شخصية فهو مثل الآخرين بل إنه أكثر قدرة على تذكر الأشكال والأشياء المحسوسة والمهارات الحركية .
- يرى بعض التربويين أن قدرة الصم في التفكير المجرد لا تختلف عن السامعين وبعض الدراسات تؤكد أنه لا علاقة بين الصمم وفقدان السمع والذكاء .

- شخصية الأصم لا تختلف في مكوناتها عن شخصيه الفرد السامع إلا فيما يترتب من أثر الإعاقه على سلوكه.

الاعتبارات التأهيلية لحالات الإعاقة السمعية:

عملية التأهيل لاتختلف في مجال الإعاقة السمعية عنها في المجالات الأخرى من حيث الخطوات، وإنما يأتي الاختلاف في حاجات الأفراد الذين يتم تأهيلهم وفي المهارات التي يحتاجها القائمون على هذه العملية وخاصة في مجال الإرشاد وسوف نتتبع فيما يلي خطوات عملية التأهيل للمعوقين سمعياً بصورة عامة.

١- مرحلة الدراسة(التقويم):

المعوق سمعياً لديه حالة قصور في حاسة السمع، ولهذا فهو بحاجة إلى استخدام الأساليب المناسبة للحصول على المعلومات اللازمة عن حالته وبشكل دقيق.

أ- الدراسة الطبية:

يهمنا هنا التعرف على حالة السمع لدى الفرد ، وكذلك حالة الكلام ويقاس السمع باستخدام عدة وسائل من أهمها أجهزة قياس السمع (الأوديوميتر Audimoeter) وبعضها يقيس السمع للصوت النقي، والبعض الآخر يقيس السمع للكلام، وينتج عن هذا القياس إعداد تخطيط لمستوى السمع عند ذبذبات مختلفة وعند شدة صوت مختلفة أيضاً.

كذلك من الأمور الهامة بالنسبة للمعوقين سمعياً أن يجري تقدير لطاقاتهم البدنية ولسلامة أجهزة الجسم المختلفة، مثل الجهاز الدوري والتنفسي والعصبي الحركي والهضمي وغيرها بجانب التأكد من سلامة الحواس الأخرى، وبصفة خاصة حاسة الإبصار وتحديد مدى الحاجة إلى تدخل جراحي أو إلى أجهزة تعويضية مثل المعينات السمعية أو البصرية.

ب- الدراسة النفسية:

وتهدف أساسًا مع المعوقين سمعيًّا إلى التعرف على مدى وجود نقص في الأداء الذهني، ويراعى في هذه الحالة استخدام الاختبارات النفسية المناسبة، وهي بصفة عامة الاختبارات غير اللفظية مثل الجزء العملي في اختبارات وكسلر، وكذلك اختبار المصفوفات وغيرها.

جـ) الدراسة المهنية:

وتتم من خلال عملية التقويم المهني على النحو الذي سبق توضيحه عند الكلام عن هذا الموضوع.

د) الدراسة التعليمية:

وتهدف إلى التعرف على المستوى التحصيلي للعمل، وكذلك على إمكانية استخدامه للمهارات اللغوية مثل قراءة الشفاه والنطق.

٢- التشخيص والإرشاد:

يجب أن يقوم على إرشاد المعوقين سمعياً مرشدون متخصصون ولديهم القدرات المناسبة على التخاطب مع العملاء باستخدام أكثر من طريقة مثل الكلام والكتابة ولغة الإشارة والأبجدية اليدوية وغيرها. كما يجب أن تعد خطة التأهيل بإشراك العميل، وقد يلجأ المرشد في بعض الأحيان إلى استخدام أسلوب إرشاد الرفقاء حيث يستعين ببعض المؤهلين السابقين لإرشاد زملائهم.

٣- مرحلة الخدمات:

تشتمل الخدمات التأهيلية التي تقدم في مجال الإعاقة السمعية على:

أ- خدمات الإعداد البدني:

وتشتمل هذه الخدمات على:

١- التحويل إلى المستشفيات لإجراء الجراحات في الأذن الخارجية مثل ترقيع طبلة الإذن، والأذن الوسطى مثل استبدال العظيمات السمعية أو إحداها.

٢- وصف المعينات السمعية المناسبة لحالة السمع لدى العميل، وذلك لمساعدته على تكبير وتوصيل الأصوات بالصورة المناسبة.

٣- التدريب السمعي.

٤- التدريب الكلامي، وذلك بتدريب النطق.

ب- الخدمات التعليمية:

وتشتمل على تدريب العملاء بصفة خاصة على التخاطب بإحدى الطرق الآتية أو مجموعة منها حسب الحالة:

الكلام وقراءة الشفاه. Speech and Reading

استخدام لغة الإشارة. Sign Language

استخدام الأبجدية اليدوية. Manual Alphabetics

القراءة والكتابة. Writing and Reading

ويعتبر هذا الجانب تأهيلاً على التخاطب ويضاف إليه تعليم القراءة والكتابة والحساب كمتطلبات أساسية تساعد على دخول الفرد إلى سوق العمل وعودته إلى الحياة الاجتماعية.

جـ- الخدمات المهنية:

وتشتمل على الإرشاد المهني ومساعدة الفرد الأصم على دخول العمل المناسب، وتزويده بالمعلومات المناسبة عن العمل من خلال قيامه بزيارات لمواقع العمل أو استخدام المؤهلين السابقين لإرشاد زملائهم، وكذلك تزويد المعوق سمعياً بالأدوات والوسائل التي تساعده على القيام بالعمل وتعديل الأعمال وبيئات العمل بشكل مناسب. كذلك تشتمل هذه الخدمات على تدريب المعوقين سمعياً مهنياً على الأعمال المناسبة لهم، وتزويدهم بعادات العمل المناسبة ليزداد توافقهم مع الأعمال التي يلتحقون بها، وأخيراً يأتي الجهد المطلوب لمساعدة هؤلاء الأفراد على الالتحاق بالعمل المناسب ومتابعتهم إلى حين استقرارهم فيه.

ومما هو جدير بالذكر أن المعوقين سمعياً يمكنهم العمل في مجموعة كبيرة من الأعمال مثل: الرسم، والتصوير، والزخرفة، والنقش، وأشغال الحديد، وصناعة الحلوى، والنسيج والغزل، وأشغال الجلود، وأعمال النجارة،

وصناعة الأثاث، وصناعة المكرونة، وصناعة الصابون، والصناعات الزراعية، وتربية الماسية والدواجن وغيرها كثير.

وقد أعدت وزارة الشئون الاجتماعية المصرية من خلال أحد مشروعاتها قاموساً للغة الإشارة الدارجة في مصر يمكن للمرشدين والأخصائيين الاجتماعيين والمدربين والمدرسين الاستفادة منها لتحسين قدراتهم على التخاطب مع المعوقين سمعيًّا.

بعض الإرشادات الخاصة بالتعامل مع المعوقين سمعيًّا:

١- حاول أن تتعرف منذ البداية على الطريقة المفضلة للتخاطب، ولاتلتزم بطريقة واحدة في تخاطبك مع المعوق سمعيًّا، وإنما حاول استخدام كل الطرق التي توصل رسائلك إليه.

٢- عندما تستخدم أسلوب الكلام المنطوق اعتمادًا على قدرة العميل على قراءة الشفاه فيجب أن يكون مصدر الضوء مقابلاً لوجهك لتساعد العميل على ملاحظة حركة الشفاه ومخارج الحروف، ولاتجعل الإضاءة خلفك.

٣- تجنب أن تهمس كثيرًا إلى أشخاص من غير الصم عند وجود أحد المعوقين سمعيًا حتى لاتتبادر الشكوك إلى نفسه أنك تتحدث عنه.

٤- تجنب أن تنظر إلى المعوقين سمعيًّا على أنهم فئة واحدة لها خصائص واحدة، وتجنب تعميم الصفات عليهم، كأن تقول مثلاً إن الأصم شخص عدواني أو سريع الإنفعال. فهناك فروق فردية كبيرة.

٥- الإعاقة الأساسية لدى الصم هي إعاقة اجتماعية نتيجة وجود حاجز التخاطب، وكل جهد يبذل لإسقاط حاجز التخاطب إنما هو جهد هام ومثمر في طريق تأهيلهم.

٦- من المهارات الأساسية التي تزود بها المعوق سمعيًّا مهارة كتابة طلب للتوظيف، وكذلك العادات الطيبة في العمل، مثل المحافظة على المواعيد واتخاذ احتياطات الأمن الصناعي، وطريقة التعامل مع الزملاء.

رابعًا :التدريب المهني للموقين حركيًا :

وفق الاتفاقيات الدولية يعتبر التدريب المهني حقًا لكل المعوقين دون تمييز إعاقة عن أخري أو التمييز السلبي ضد المرآة المعوقة ألا أن التدريب المهني كي يعطي النتائج المرجوة منة يتطلب تنفيذه تجاه المعوقين الذين تسمح إمكانياتهم وقدراتهم بذلك كما يجب تنفيذه بخصوص المهن المتوفرة لها فرص تشغيلية في سوق العمل وكي لا تفشل الدورات التدريبية يجب اخذ خصوصيات الإعاقات بعين الاعتبار وخاصة الإعاقة الحركية حيث إن التزام المعوق حركيا في التدريب يبدأ من بيته وليس من دوام المشغل ولكي تنجح الدورات التدريبية للمعوقين حركيا لا بد من الأخذ بالعوامل التالية بالإضافة إلى العوامل الواردة أعلاه :

١. ألا يكون الشخص المعوق حركيا يعاني من إعاقة أخري عقلية أو حسية
٢. تزويد الشخص المعوق بالأدوات المساعدة اللازمة (كرسي متحرك ،عكازات، مشدات، أحذية.
٣. إجراء التعديلات اللازمة في المنزل كي يتمكن من الخروج بسهوله، (باب ضفة واحدة) ،رامبًا .
٤. تعديلات بيئية في الشارع والى مبنى مركز التدريب الرئيسي.
٥. توفير وسائل نقل (باصات مخصصة لنقل المعاقين حركيًا أو امتلاكهم للسيارات الخاصة.
٦. إجراء التعديلات اللازمة داخل المشغل وتوفير الحمامات والمغاسل المناسبة.
٧. إجراء التعديل اللازم على الآلات بما يتناسب مع الارتفاع أو الاستخدام.

خامساً :فئة الصرع:

الخدمة التأهيلية لحالات الصرع:

١- تحدد حالة الصرع عن طريق الطبيب، وأخصائي الأمراض العصبية. ويعتمد التشخيص عادة على تخطيط الدماغ (رسم المخ) .Electroencephalogram E E G ويساعد هذا التخطيط على تحديد مدى وجود نوبات التشنجات، وربما أيضاً مناطق التأثر في الدماغ.

٢- يعتمد العلاج الأساسي للصرع على الأدوية. ورغم أنه ليس من الممكن الشفاء من الصرع، إلا أنه من الممكن السيطرة على النوبات باستخدام الأدوية وهذه السيطرة تختلف من شخص لآخر، ويمكن تحديدها باستقراء رسم المخ.

٣- تلعب الوقاية دوراً هاماً في تقليل النوبات. ويتم ذلك عن طريق تغيير أسلوب حياة المريض بما يناسب حالته فيجب تجنب التعب، وتوازن الوجبات، والتمرينات الرياضية، والحصول على حصة كافية من النوم والراحة، وكذلك تجنب الانفعالات المضايقة، وتجنب التعرض للمواقف الضاغطة.

٤- يعتبر الإرشاد النفسي عنصراً هاماً في تأهيل حالات الصرع ومساعدة الفرد على التعرف على العلامات المحذرة (الفوحة) للنوبات والاستعداد للنوبة بما يناسبها من إجراءات. كما يساعد الإرشاد الفرد على الوصول إلى التوافق الشخصي وتحسين اتجاهاته نحو حالته ومفهومه لذاته.

٥- يكون الإرشاد المهني لحالات الصرع بحيث يكون العمل بعيداً عن الأخطار مثل المرتفعات وقيادة السيارات وتشغيل الآلات، وكذلك الأعمال التي يكون الفرد فيها مسئولاً عن سلامة الآخرين، والتي تحتاج إلى وعي ويقظة دائمين.

٦- يقابل مرض الصرع برفض من جانب أصحاب الأعمال، ولهذا فإن أخصائي التوظيف وكذلك مرشد التأهيل تقع عليهما مهمة تعديل اتجاهات المجتمع ومساعدة هؤلاء الأفراد في الحصول على أعمال مناسبة.

٧- يعتبر إرشاد الأسرة جانبًا هامًّا من عملية تأهيل حالات الصرع.

إرشادات عامة في التعامل مع حالات الصرع:

تقدم المؤسسة الأمريكية للصرع النصائح الآتية عند مواجهة نوبة صرع لدى شخص في وقت ما :

١- احتفظ بهدوئك، فليس هناك شيء يمكن أن تقوم به لتوقف النوبة.

٢- لاتحاول تقييد الشخص المصاب.

٣- أخلِ المنطقة المحيطة بالشخص حتى تمنع إيذاءه لنفسه.

٤- حاول ألا تتدخل في حركات الشخص على أي نحو.

٥- لاتدفع بأي شيء بين أسنان المريض، أما إذا كان الفم مفتوحاً فعلاً (أي لم يحدث إطباق للفكين) فيمكنك أن تدخل شيئاً طرياً (مثلاً منديل ملفوف) بين الأسنان الجانبية.

٦- عادة لايكون هناك حاجة لاستدعاء طبيب إلا إذا أعقب النوبة نوبة حادة

<u>**إرشادات للمدربين المهنيين للتعامل مع الصم:**</u>

- دع المتدرب يشعر أنك تثق به .
- عامله وكأنك تتوقع منه أن يتحدث إليك وثق انه يفهمك عندما تكون واضح له .
- دع المتدرب يركز على حركات التقليد وتعابير الوجه التي تقوم بها
- ركز على الصور والرسومات والأشياء المحسوسة .
- تحدث معه بصوت طبيعي وجمل مفيدة وكأنه سامع .
- عزز ثقته بنفسه وامنحه الفرصة كي يعتمد على نفسه ويتحمل بعض المسؤوليات .
- استعمل التوجيه الموجه مباشرة له أي لا تتعامل معه بواسطة الآخرين .

- أكد على النجاح ودعمه وأشعره انك تتحدث عن نجاحاته للآخرين
- وضح له أهميه الطاعة والالتزام.
- تحدث إليه أكثر فأكثر لا اقل فاقل .
- ابذل معه الوقت والجهد وكن صبورًا.
- اشرح له بكل تأنٍّ وروية الأشياء التي تحصل في مركز التدريب والمشاغل .
- استعمل المتبقي من سمعه مهما كان قليلا .
- باشر حالا بتدريب عينيه لتكونا بديل أذنيه أو لتدعيم بقايا سمعه ودع الإضاءة والنور دائما على وجهك أثناء حديثك مع المتدرب .
- علمه ما له وما عليه، وضع التعليمات على لوحات وعلقها في أماكن تدريبه .
- تحدث معه دون ملل أو ضجر وتحدٍ .
- البداية تكون بتعديل سلوكيات المتدرب ثم أبدأ بتدريبه ثم تعديل بعض السلوكيات .
- عند التحدث مع المتدرب حاول أن تتحدث معه بلغة صحيحة كاملة دون حذف أية كلمة .
- حاول التغاضي عن بعض الأخطاء ولا تدقق على كل صغيرة وكبيرة.
- في بعض الأحيان احضر للمتدرب منافسًا له إذا أمكن.

<u>عوامل نجاح دورات التدريب المهني للمعوقين .</u>

إن نجاح دورات التدريب المهني يترتب عليها نتائج تراكمية تدريبية وتشغيلية ونفسية واجتماعية هامه جدًا، وتعزز البناء على تجارب ناجحة وتؤدي إلى الاقتناع بضرورة الاستمرار في التدريب المهني للمعوقين، فهذه الدورات كي تنفذ تتطلب جهدًا ووقتًا للتحضير والترتيب وحجز المشاغل واستهلاك مواد تدريبية ونفقات مالية متعددة الأوجه.

يجب عند بدء الدورات التدريبية للمعوقين الأخذ بالعوامل التالية :

١. التنسيق الفعال بين مشرفي مراكز التدريب المهني وبرنامج التأهيل المجتمعي في المنطقة وبناء شراكة حقيقية، ووضع احتياجات المعوقين أمام مشرفي التدريب المهني، ووضع الإمكانيات التدريبية واحتياجات سوق العمل أمام برنامج التأهيل كي تتم الملاءمة .

٢. عقد لقاء مشترك لصانعي القرار في مراكز التدريب المهني مع المعوقين والأهالي وتفهم الظروف المتبادلة والاطلاع على احتياجات المعاقين وبيان أهمية التدريب المهني والعمل والدمج الاجتماعي.

٣. اتخاذ الترتيبات الإدارية والفنية وحل المشكلات التي تواجه مركز التدريب قبل البدء باستقبال المتدربين وتوفير شروط السلامة العامة في المشغل التدريبي والتأكد من عدم وجود مشكلات، المواصلات،بنية تحتية معدلة ،ومصاعد ،حمامات، وتعديلات في ماكينات التدريب.

٤. عقد ورشة عمل للمدربين المهنيين تبين خصائص المعوقين وكيفية التعامل معهم وأهمية تأهيلهم المهني انسجاماً مع الاستراتيجيات التنموية الوطنية واهم واجبات ومهارات المدرب المهني للمعوقين

٥. عقد ورشة عمل للمعوقين المتدربين بحضور الأهل يتم فيها شرح الإرشادات المهنية اللازمة وتوضيحها والتأكد من استيعابها .

٦. تزويد الأشخاص المعوقين بالأدوات المساعدة اللازمة والتأكد من صلاحيتها.

٧. إجراء التكيف في المنهاج التدريبي بما يتلاءم مع قدرات المعوقين ويجب الانتباه إلى أن عدد الأشخاص المعوقين في الدورة يجب أن يكون اقل من عدد المتدربين العاديين، وان المجموع الكلي لساعات الدورة يجب أن يكون أكثر من وقت الدورة للمتدربين العاديين

٨. توفير خدمات تأهيلية مساندة وأخصائيين حسب طبيعة الإعاقة حيث يجب توفر اختصاصي اجتماعي ونفسي ومرشد مهني ومترجم إشارة وفي حالة الإعاقة الحركية معالج طبيعي ووظيفي .

٩. تنظيم زيارات دورية لأهالي المعوقين إلى المشاغل التدريبية والمحافظة على وسائل الاتصال منتظمة بين المدربين المهنيين وأهالي المتدربين كما يجب إشراك المعوقين في الأنشطة الاجتماعية والتدريبية العامة في مركز التدريب وإيجاد الوقت الكافي لإقامة أنشطة مشتركة مع المتدربين الآخرين في المركز المهني .

١٠. اعتماد مجموعة من الحوافز المعنوية والمادية للمدربين المهنيين المتميزين والمعوقين المتدربين الأكثر انضباطا والتزاما والحريصين على استيعاب المنهاج التدريبي والالتزام في الدورة التدريبية .

إرشادات مهنية عامة:

الأخ المدرب المهني :

أرجو كتابة الإرشادات التالية بخط واضح وملوّن وتعليقها على أماكن متعددة في المشغل والممرات

أخي المتدرب :

عليك الالتزام بالتعليمات التالية حفاظًا على سلامتك وسلامة الآلات فهي في خدمتك وخدمة غيرك. والتعاون من أهم أسباب نجاح الدورة، وبالتالي يشجع على تكرارها :

أ- التقيد بأوقات الدوام وعدم الغياب والمغادرة إلا بعد إعلام المدرب.

ب- الالتزام باللباس التدريبي والأحذية المناسبة وعدم لبس أي ملابس أو أحذية لا تناسب المشاغل خاصة الأحذية النسائية ذات (الكعب الرفيع).

ت- الجدية أثناء التدريب وعدم المزاح بالأيدي والركض بدون انتباه حتى لا تعرض الأجهزة للخطر.

ث- المحافظة على الأجهزة والأدوات التدريبية، فهي ثمينة جدًا، ويجب عدم تشغيلها إلا بعد أمر المدرب.

ج- عدم لمس أية قواطع كهربائية أو أماكن عمل الآلات فهي تصدر اصواتًا، ولكن أنت لا تسمعها .

ح- حافظ على المواد التدريبية فهي غالية الثمن لا تتلفها أو تأخذها أو تنقلها من مكان إلى آخر فهي بعهدتك

خ- اقرأ التعليمات عن الأجهزة وتعليمات العمل على اللوحة الموجودة أمامك (اللوحة الإرشادية قبل بدء التدريب)

د- حافظ على نظافة المكان وموجودات المشاغل الأخرى، فهي في خدمتك وخدمة غيرك من المتدربين.

ذ- الالتزام بالبقاء على مقعدك وطاولتك المخصصة للتدريب ولا تنتقل من جهاز إلى آخر إلا إذا طلب منك المدرب.

ر- احذر من استخدام إصبعك أو يدك أو رجلك لتحريك الأجهزة أو التأكد من أنها تعمل فبعضها فرن شديد الحرارة يسبب الحرق وبعضها منشار كهربائي يسبب قطع الإصبع أو البتر وبعضها للكبس يسبب الكسر والرضوض.

ز- حافظ على نظافتك الشخصية وعدم لبس الخواتم أو العقود والسلاسل، فهي تعيق التدريب

س- الالتزام بمبدأ سرية العمل فما تراه هنا يبقى في المكان ذاته.

ش- عليك إقامة علاقة صداقة ومحبة مع المدرب، وتعاون معه كي يساعدك في كسب المهارة التدريبية.

ص- لا تخفي على المدرب مشاكلك الشخصية أو التدريبية فهو الشخص الذي سيحدد مستقبلك المهني.

ض- يجب إقامة علاقة احترام وتعاون مع باقي المتدربين في المركز وشاركهم في الأنشطة المختلفة .

ط- . انتبه تتظرك فرص عمل وبالتالي دخل مالي يساعدك على توفير الحياة الكريمة .

الخدمات التأهيلية:

١) الخدمات الطبية:

يحتاج المكفوفون إلى مجموعة من الخدمات الطبية التأهيلية منها:

أ- المعينات البصرية لمن يحتاجون إليها.

ب- المعينات السمعية لمن يحتاجون إليها.

جـ- خدمات طبية رمدية دورية لفحص حالة العين ووصف العلاجات المناسبة أو إجراء الجراحات المناسبة.

د- خدمات العلاج الطبيعي، وذلك لتصحيح عيوب القوام والتشوهات الجسمية المختلفة.

هـ- الخدمات الطبية العامة مثل الرعاية الطبية وخدمات الأسنان.

ويمكن الاعتماد في جانب من هذه الخدمات أو كلها على البرامج الطبية الموجودة في المستشفيات مع ضرورة توفير خدمات إسعاف داخلية لمواجهة الحوادث الطارئة.

٢) الخدمات الإرشادية:

من الضروري توفير خدمات مناسبة للإرشاد سواء منه الجانب المهني أو الجانب الخاص بالتوافق الشخصي، حيث يمكن من خلال الإرشاد إعداد خطة مناسبة بالاشتراك مع العميل.

٣) الخدمات المهنية:

يمكن للمكفوفين القيام بمجموعة كبيرة من الأعمال بدءًا من الأعمال التي تعتمد على الكلام والجوانب الذهنية، مثل التعليم والوعظ وحتى الأعمال المتصلة بالصناعات والتي يعتمد بعضها على مهارات عالية. وقد أمكن تأهيل المكفوفين والكفيفات في مصر على مجموعة كبيرة من الحرف نذكر منها:

صناعة البلاستيك، صناعة السجاد، النجارة، صناعة الأحذية، صناعة أدوات النظافة، تعبئة الأدوية، بعض المراحل في الصناعات المعدنية، السويتش، العزف الموسيقي وغيرها.

٤) خدمات التوافق الشخصي:

هناك مجموعة كبيرة من الخدمات التي تدخل في هذا الجانب والتي تساعد المعوق بصرياً على التعامل المناسب مع البيئة من حوله، ولعل أهمها بالنسبة للمكفوفين مايتصل بالكتابة والقراءة ومايتصل بالتنقل والحركة.

أ- الكتابة والقراءة:

الطريقة البديلة للقراءة والكتابة العادية هي طريقة الكتابة البارزة المعروفة بطريقة برايل، نسبة إلى مبتكرها لويس برايل وهي تعتمد على تكوين الحروف الهجائية من مجموعة أقصاها ست نقط، تكتب باستخدام سن مدبب (مخراز) يجعلها تبرز على الوجه الآخر حيث يمكن قراءتها في الاتجاه العكسي. فهي تكتب من اليمين إلى اليسار، ولكنها تقرأ على الوجه الآخر من الورقة باستخدام حاسة اللمس للأصابع من اليسار إلى اليمين.

وقد أظهرت تطويرات كثيرة في الأدوات والآلات التي يمكن استخدامها في كتابة برايل ومن أحدثها استخدام الكمبيوتر (الحاسب الآلي) في هذا المضمار بل أنه أصبح بوسع الكفيف الكتابة بطريقة برايل وتصحيح مايكتبه بها على حين يمكن للكمبيوتر أن ينتج له نفس الكلام مكتوباً أيضاً بالكتابة العادية الأمر الذي يسهل الإتصال بين الكفيف وغيره من المبصرين والمكفوفين على سواء مع الاحتفاظ بخصوصيته.

ب- الحركة والتنقل:

تعتبر مشكلة التنقل في البيئة من المشكلات الأساسية في حياة المكفوفين، ويتوقف على التعامل مع هذه المشكلة ومواجهتها بالشكل المناسب

الكثير من جوانب حياة الكفيف، سواء مايتصل بتعليمه أو عمله أو حياته بصفة عامة.

وهناك مجموعة كبيرة من الوسائل التي يمكن أن يلجأ إليها الكفيف، ومنها الاعتماد على العصا العادية أو العصا البيضاء (عصا هوز) أو العصا الإلكترونية الحديثة التي تعطي إشارات تنبه الكفيف إلى وجود عوائق أو استخدام الكلاب المرشدة (الكلاب الباصرة) أو استخدام مرافق من البشر (دليل)

ومع وجود كل هذه الوسائل المساعدة فإنه من الضروري تدريب الكفيف على مهارات التنقل معتمداً على نفسه أساساً. وقد أصبح من المعتاد أن تشتمل برامج تأهيل المكفوفين على برنامج خاص للتدريب على التنقل.

ومما يذكر أن وسائل المواصلات بما فيها الطائرات تمنح ميزات للمكفوفين بأن تجعل أجرة سفره وسفر المرافق بأجر شخص واحد.

برنامج تأهيل حالات الشلل المخي:

يشتمل برنامج حالات الشلل المخي على مجموعة من الخدمات التخصصية ومنها:

١- برنامج العلاج الطبيعي:

ويشتمل على تقويم جوانب الحركة مثل الجلوس، والزحف، والوقوف، والمشي، وتستخدم التمرينات المناسبة للتدريب على الحركة والمشي، كذلك الإرشادات الخاصة باستخدام الأجهزة التعويضية والمعينات مثل العصي، العكاكيز، والمشايات والكراسي المتحركة وممارسة الأنشطة الوظيفية مثل الحركة من الكرسي المتحرك، وصعود السلالم والمشي على أسطح متنوعة وإدارة الكرسي المتحرك وتكون الأهداف في هذه المرحلة مركزة على تنمية القوة والتآزر والاتزان، وتعلم استخدام المعينات المساعدة.

٢- برنامج العلاج الوظيفي: Occupational Therapy

ويركز هذا البرنامج على أنشطة الحياة اليومية مثل تناول الطعام، والاستحمام، وقضاء الحاجة، وارتداء الملابس، والنظافة الشخصية، وتتطلب هذه الأنشطة تدريباً خاصاً، واستخدام بعض المعينات مثل أدوات المائدة التي لها مماسك خاصة والأكواب المناسبة وماكينات الحلاقة المعدة خصيصاً وكذلك مجموعة أخرى من المعينات ويكون الهدف من هذا البرنامج هو تنمية الاعتماد على النفس (الاستقلالية) في أمور الحياة اليومية لأقصى درجة ممكنة.

٣- برنامج الترويح:

ويشتمل هذا البرنامج على اللعاب الداخلية، والرياضات الخارجية مع استخدام التجهيزات الخاصة، والرحلات، والألعاب الخاصة بمستخدمي الكراسي المتحركة، وحفلات الإجازات، والمعسكرات الصيفية. والهدف هنا هو توفير الفرص للاسترواح والعلاقات الاجتماعية ومواجهة خبرات جديدة في الحياة.

٤- البرنامج المهني:

ويشتمل على برنامج إعداد مهني يهتم بالمهارات الأساسية، والتقويم المهني والإرشاد، والتوافق الشخصي والتدريب على العمل، العمل في مصنع خاص محمي (بشكل مؤقت أو دائم) والتوظيف الانتقائي في المؤسسات أو المصانع. ويكون الهدف هو الإعداد لعمل مفيد يعطي للفرد دخلاً سواء في مصنع خاص (محمي) أو في المجتمع.

٥- برنامج السمع والكلام:

ويشتمل على تقويم آليات الكلام وأنماطه والقدرة اللغوية، وكذلك قياس السمع والمساعدة من خلال المعينات السمعية والتدريب على الكلام والتدريب على التخاطب غير اللفظي أو اللفظي والتدريب السمعي. والأهداف من هذا البرنامج هي: معالجة عيوب الكلام والسمع وتنمية مهارات التخاطب.

٦- البرنامج النفسي:

قياس مستوى الذكاء ومدى نمو الشخصية والاستعدادات العامة وتقدير مدى القابلية للتعليم أوالتدريب، والإرشاد المختصر وعلاج المشكلات الانفعالية، والتعرف على وجود صعوبات تعلم والاشتراك في تخطيط البرنامج الفردي التعليمي، الاجتماعي والمهني وإرشاد الآباء. وتكون الأهداف لهذا البرنامج هي تحديد قدرات الفرد وحاجاته وتوفير الإرشاد والعلاج النفسي.

٧- برنامج الخدمات الاجتماعية:

استخدام طريقة خدمة الفرد في التعرف على بيئة المنزل، واتجاهات الأسرة، والعلاقات الشخصية للعميل، كما تجري مقابلات دورية مع الوالدين لتحديد مدى تعاونهما في توفير حاجات الطفل وعقد اجتماعات مناقشة للآباء وترتيب الاستفادة من إمكانيات المجتمع. والأهداف من هذا البرنامج هي تشجيع اشتراك الأسرة وحل المشكلات الشخصية والعملية.

٨- برنامج التعليم والتدريب:

تعد برامج للرعاية في مرحلة الحضانة والروضة، برنامج للتجهيز للتعليم، وفصول تربية خاصة في القراءة والحساب للمتخلفين عقلياً ومن لديهم صعوبات تعلم، وتوجيهات للكبار في بعض المواد المختارة مثل الدراسات الاجتماعية، والفنون، والطباعة على الآلة الكاتبة، ومهارات إدارة المنزل وغيرها.

المبحث الثاني

مراحل عملية التأهيل

تمر عملية التأهيل في مراحل متعاقبة ومتسلسلة وتتكون كل مرحلة من مجموعة من الخطوات، وفقاً لما يلي:

المرحلة الأولى: مرحلة الإحالة والاستقبال:

تقسم هذه المرحلة إلى خطوتين أساسيتين هما:

١) الإحالة ٢) الاستقبال

الإحالة: وهي الخطوة التي تبدأ بتحويل المعوق إلى مركز التأهيل وعادة ماتتم الإحالة إما عن طريق طبيب أو عن طريق الأسرة أو عن طريق المؤسسة التي كان ينتسب إليها هذا الشخص.

الاستقبال: تعتبر خطوة الاستقبال من الخطوات المهمة جداً في عملية التأهيل، فهي المرحلة التي يتم فيها تكوين الانطباعات الأولية من جانب أسرة المعوق حول جدية برنامج التأهيل ومايمكن أن يحققه من نتائج من جهة، وتعطى للمركز والعاملين فيه انطباعات أولية أيضاً عن رغبة الأسرة واستعدادها للتعاون خلال جميع المراحل اللاحقة من جهة أخرى.

لذلك فلا بد من أن يكون الشخص المسئول عن عملية الاستقبال شخص متخصص لديه مايكفي من الخبرة لتقرير مدى الفائدة التي يمكن للمعوق أن يجنيها من برنامج التأهيل ومدى حاجة الأسرة للمساعدة وجوانب المساعدة التي تحتاجها.

إن على المسئول عن عملية الاستقبال التأكد من انطباق شروط الاستفادة من برنامج التأهيل على الشخص المعوق والحصول على البيانات الأولية اللازمة وتحويل الحالة لاستيفاء باقي المراحل والإجراءات.

المرحلة الثانية: مرحلة التقييم والتشخيص والإرشاد:

١) التقييم (Evaluation) :

تهدف عملية التقييم إلى:

أ) تحديد الإمكانيات والقدرات الشخصية التي يتمتع بها الشخص المعوق.

ب) تحديد الإمكانيات والقدرات المتوفرة في بيئة الشخص المعوق.

ج) تحديد طبيعة الاحتياجات التأهيلية الخاصة للشخص المعوق.

يتم تحقيق هذه الأهداف الثلاثة من خلال مجموعة من الدراسات التفصيلية التي يمكن أن تعطي صورة واقعية وموضوعية عن الجوانب الشخصية والجوانب البيئية وطبيعة الاحتياجات التأهيلية المناسبة للشخص المعوق في ضوء المعطيات التي سوف تكشف عنها هذه الدراسات. وتشتمل الدراسات على:

١. دراسات التقييم الطبي Medical Evaluation:

وتهتم هذه الدراسات بالوضع الصحي للشخص المعوق، التاريخ التطوري لحالة العجز التي يعاني منها، مدى حاجته إلى الأدوية والعقاقير الطبية أو التدخل العلاجي من خلال إجراء العمليات الجراحية.

يقوم بهذه العملية الطبيب المختص بالمركز الذي يقوم باستيفاء جميع البيانات الخاصة بهذا الجانب عن طريق التنسيق مع أطباء الاختصاص في مراكز طبية متخصصة حسب حالة الشخص.

٢. الدراسات التقييمية النفسية Psychological Evaluation:

تهتم الدراسات التقييمية بدراسة وتقييم أثر العجز على شخصية المعوق ومدى تقبله وتكيفه مع حالة الإعاقة، كذلك تهتم بدراسة وتقييم القدرات العقلية (الذكاء) التي يتمتع بها الشخص وتقييم سلوكه واستعداداته وميوله، ويقوم بهذه العملية أخصائي نفسي متخصص في القياس والتقييم.

٣. الدراسات التقييمية الاجتماعية Social Evaluation :

وتهتم هذه الدراسات بتقييم الأوضاع الأسرية والاقتصادية وطبيعة العلاقات بين أفراد الأسرة بعضهم ببعض وبينهم وبين الشخص المعوق، نوعية الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تعيش فيها أسرة المعوق، اتجاهات الأسرة نحو المعوق وطبيعة التوقعات ومستقبله، ويقوم بهذه العملية الأخصائي الاجتماعي.

٤. الدراسات التقييمية المهنية Vocational Evaluation :

وتهتم هذه الدراسات ببتقييم الميول والاستعدادات والقدرات المهنية للشخص المعوق ويقوم بهذه العملية أخصائي التقييم المهني.

٥. الدراسات التقييمية التعليميةEducational Evaluation :

وتهتم هذه الدراسات بوضع المعوق التعليمي ونوعية المشكلات أو الصعوبات التعليمية التي يمكن أن تواجهه، كما وتهتم أيضاً بدراسة البرنامج التعليمي المناسب للشخص، ويقوم بهذه العملية أخصائي التربية الخاصة.

٢) التشخيص (Diagnosis) :

وهي عملية اتخاذ قرار بشأن تحديد نوع العجز ودرجته من حيث الشدة ونوعية الاحتياجات التأهيلية الخاصة بالفرد المعوق وتحديد البرنامج التأهيلي المطلوب.

والتشخيص عملية علمية تتطلب مستوى عالي من الدقة والموضوعية من خلال استخدام المقاييس المقننة التي تتصف بمعايير الصدق والثبات.

وهي أيضًا عملية قانونية تتطلب قدرات وأخلاقيات مهنية خاصة لتمكين القائمين عليها من إصدار أحكام مناسبة وتحمل مسئولية هذه الأحكام التي سوف يترتب عليها الكثير من المشكلات التي قد تترك آثاراً سلبية على الفرد المعوق وعلى أسرته. (الروسان، ١٩٩٨)

٣) الإرشاد (Counselling) :

عرف الشناوي (١٩٩٨) الإرشاد بأنه: " عملية مخططة ومستمرة بين مرشد مؤهل ومدرب وبين مسترشد لديه حالة من القصور البدني أو العقلي أو الاجتماعي تجمعهما علاقة وجه لوجه، يتيح فيها المرشد موقفاً تعليمياً يساعد فيه المسترشد على تفهم مواقفه وظروفه وإمكانياته، وعلى تنمية هذه الإمكانيات والاستفادة بها في حياته بما يحقق أقصى درجة ممكنة من التوافق، كما تشتمل هذه العملية على الجهود التي تساعد على تعديل البيئة بما يناسب حاجات الفرد المعوق".

تتوجه عملية الإرشاد نحو الفرد ونحو أسرة الفرد المعوق. كما أنها عملية ترافق جميع مراحل وخطوات عملية التأهيل، وأن التركيز عليها هنا في هذه المرحلة جاء نتيجة لأهميتها عند مرحلة اتخاذ القرار المناسب في تحديد نوع ودرجة الإعاقة، حيث يفترض في المرشد هنا أن يقوم بعمليات تعليمية وعلاجية وتصحيحية للتعامل مع ردود الفعل التي سوف تنشأ عن عملية التقييم والتشخيص. ويقوم المرشد باستخدام مايتمتع به من معلومات ومهارات مهنية على مساعدة الفرد المعوق على فهم واقعه ومعرفة جوانب القصور وجوانب القوة والظروف التي يمكن الاستفادة منها في عملية التأهيل. ويشير الشناوي (١٩٩٨) في هذا المجال إلى أن دور المرشد في تعامله مع الفرد المعوق يهدف إلى:

١. العمل على توفير الظروف الملائمة لمساعدة الفرد المعوق على النمو السليم.
٢. المساعدة على تغيير سلوك المعوق ومساعدته على الوصول إلى قرار مناسب فيما يتعلق بشئون حياته.
٣. مساعدة المعوق على التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني.

أما عن عمل المرشد مع أسرة المعوق، فينصب على تحقيق الأهداف التالية:

1. توفير المعلومات اللازمة عن الإعاقة وأسبابها وخصائصها ومتطلباتها ووسائل وبرامج تأهيلها.
2. مساعدة الأسرة على تجاوز ردود الفعل السلبية التي قد ينشأ بعد قرار التشخيص.
3. تعديل الاتجاهات السلبية لدى أفراد الأسرة وتوقعاتهم نحو الفرد المعوق.
4. مساعدة الأسرة على معرفة أساليب وطرق التعامل مع المعاق.

إن إعاقة أحد أفراد الأسرة سوف تؤدي إلى ردود فعل واستجابات سلبية وقد تتسم أحياناً بالعنف، وينشأ عن ردود الفعل هذه حاجات خاصة قد لاتكون الأسرة قادرة على فهم أبعادها ومضامينها دون مساعدة المرشد (الحديدي ومسعود، ١٩٩٧).

وإذا لم يتوفر الإرشاد المناسب للأسرة فإنها قد تتعرض لضغوط نفسية واجتماعية واقتصادية شديدة، لذا ينبغي على المرشد تقديم العون اللازم لمساعدة أسر المعوقين على تجاوز هذه الأزمة والتكيف معها.

ويشير الخطيب (١٩٩٥) إلى ضرورة التأكد من الحقائق التالية عند التفكير في إرشاد أسر الأطفال المعوقين:

1. إن حاجات الطفل المعاق كثيرة وكبيرة ولكن حاجات الأسرة غالباً ماتكون أكبر من حاجات طفلها، وإن هذه الحاجات تتفاقم كلما تقدم المعوق في السن.
2. إن تكيف الطفل المعاق يعتمد إلى درجة كبيرة على دعم أسرته له ودرجة تفهمها لخصائصه وحاجاته.
3. إن وراء كل طفل ذي حاجات خاصة أسرة لها حاجات خاصة.
4. إن أسر الأطفال المعوقين لديها هموم عامة مشتركة، إلا أن لكل أسرة خصائصها الفردية المميزة،لذا يجب على المرشد مراعاة الفروق الفردية بين الأسر والتعامل مع كل أسرة كحالة فردية من نوعها.

٥. إن أسرة الطفل المعوق بحاجة إلى قسط من الراحة بشكل دوري لتخفف من الأعباء الثقيلة والمتواصلة التي تفرضها العناية بالطفل المعاق.

٦. إن الاختصاصيين غالبًا مايهتمون بتلبية حاجات الطفل المعاق وينسون أو لايهتمون بما فيه الكفاية بحاجات أسرته.

٧. إن أسر الأفراد المعوقين بحاجة إلى الدعم والإرشاد والتوجيه دون إشعارها بالضعف أو عدم الحيلة.

٨. إن أسر المعوقين غالباً مايكون اعتقادها بأن الاختصاصيين لايفهمون مشكلاتها ومشاعرها الحقيقية. لذا فهم بحاجة إلى تفهم دور الاختصاصيين بشكل أفضل.

المرحلة الثالثة: مرحلة التخطيط لبرنامج التأهيل:

تعتبر هذه المرحلة مهمة جداً في عملية التأهيل حيث يتم فيها وضع الحلول والخطط

اللازمة لمواجهة الآثار المترتبة على الإعاقة وتلبية الاحتياجات التأهيلية الخاصة للفرد المعاق.

وخطة التأهيل يجب أن تكون خطة فردية انطلاقاً من مبدأ التفريد Individualized Plan الذي تقوم عليه فلسفة التأهيل.

وتعتمد هذه المرحلة بشكل أساسي على ماسبقها من مراحل حيث سيتم بناء الخطة وفقاً لما توصلت إليه المرحلتين السابقتين، كذلك فإن نجاح وفعالية هذه الخطة يعتمد على المرحلة التي تليها وهي مرحلة التدريب.

ولتأمين النجاح لخطة التأهيل، يذكر الشناوي (١٩٩٨) مجموعة من العناصر التي يجب أن تتوفر فيها، وهي:

١. أن تقوم الخطة على أساس الدراسات التقييمية التي تم إعدادها في المراحل السابقة.

٢. أن تتصف الخطة بالشمولية Comprehensive في تغطيتها لكافة الجوانب التي تمثل حاجات الفرد سواء داخل مركز التأهيل أم في المجتمع أم في الأسرة.
٣. أن تتصف الخطة بالواقعية Realistic أي أن تراعي إمكانية التنفيذ سواء من حيث إمكانيات الفرد المعوق من جهة أو من حيث إمكانيات مركز التأهيل والموارد الاجتماعية الأخرى المتوفرة في البيئة من جهة أخرى.
٤. أن تتصف الخطة بالمرونة أي أن تكون قابلة للمراجعة والتعديل كلما دعت الحاجة لذلك.
٥. أن يكون وضع الخطة أمراً مشتركاً يشترك فيه كافة أعضاء فريق التأهيل من جهة ومشاركة الفرد المعوق وأسرته من جهة ثانية.
٦. أن تراعي الخطة الزمن المحدد لتنفيذ الخطة والوصول إلى الأهداف المرسومة.

إن التخطيط لعملية التأهيل لاتقوم على عاتق فرد معين بل هي عملية تنتج عن مجهودات مشتركة لفريق من المختصين يطلق عليه اسم الفريق متعدد التخصصات (Multidisciplinary Team).

إعداد خطة التأهيل الفردية:

خطة التأهيل الفردية Individualized Rehabilitation Plan هي الخلاصة التي يصل إليها مرشد التأهيل، وأعضاء فريق التأهيل، والعميل نفسه بناء على العمل الذي تم في المرحلة الأولى من التأهيل، وهي مرحلة الدراسة. والمرحلة الثانية وهي مرحلة التشخيص والإرشاد ، وهي تمثل خطة عمل مجدولة زمنياً وموضحة العناصر والأنشطة التي تشبع حاجات العميل التي أوضحتها الدراسات الفنية المتخصصة على اختلافها.

وخطة التأهيل الفردية كما هو واضح من اسمها تتم بناء على أساس فردي بمعنى أن يكون لكل عميل خطة تأهيل خاصة به. ومبدأ التفريد مبدأ سبق أن ناقشناه باعتباره أحد الأسس التي تقوم عليها فلسفة التأهيل.

الاعتبارات التي تراعى عند إعداد خطة التأهيل الفردية:

يقصد بالتخطيط المواءمة بين الإمكانيات والأنشطة مع إدخال عنصر الزمن بحيث يمكن ترتيب الأنشطة مع الوقت. ولكي تكون الخطة ناجحة فإنه من المناسب أن تتوفر فيها مجموعة من العناصر منها:

١- أن تكون الخطة قائمة كما سبق القول على أساس من الدراسات المتخصصة التي أجريت للفرد، ومنها الدراسة الطبية والتقويم النفسي والتقويم المهني والدراسة الاجتماعية، وبناء على آراء المتخصصين الذين أجروها وبالتشاور المستمر بين المرشد وبينهم.

٢- أن تكون الخطة متصفة بالشمول، بمعنى أن تغطي كافة الجوانب التي تمثل حاجات للفرد، وسواء كانت تلبية هذه الحاجات في داخل مركز التأهيل أم في المجتمع أو في الأسرة.

٣- أن تتصف الخطة بالواقعية، وذلك بأن يراعى فيها إمكانية التنفيذ من حيث إمكانيات الفرد المعوق، وإمكانيات مركز التأهيل والموارد الاجتماعية الأخرى. والخطة التي لا تتسم بالواقعية فإنها ستنتهي إلى الفشل، وهو أمر يحسن أن نتجنبه خاصة في المراحل الأولى لتأهيل الأفراد المعوقين.

٤- أن تتصف الخطة بالمرونة، يعني ذلك أن تكون الخطة قابلة للمراجعة والتعديل كلما دعت الحاجة لذلك.

٥- أن تراعي الخطة جانب إكمال الخدمات بمعنى ألا ينتهي التأهيل إلا باستكمال الخدمات التي يحتاج إليها الفرد، ويعني هذا أن تتجنب الخطة فكرة التخريج في أفواج (دفعات) كما يحدث في بعض المراكز حيث تكون هناك بداية للدورات التدريبية ونهاية لها. ومما هو جدير بالذكر أن خروج الفرد من

مركـز التأهيـل قبـل تمـام الحصـول علـى الخـدمات اللازمـة في صـورة تـدريبات وأجهزة وإعداد يؤدي به إلى سلسلة من المواجهات مع الإحباط والفشل، وهـو أمـر كما ذكرنا من قبل يحسن أن نتجنبه في هذه المرحلة.

٦- أن يكون إعداد الخطة أمراً مشتركاً، يشترك فيه كافة أطراف التأهيـل، وهم العميل (الفرد المعوق) نفسه ومرشد التأهيل المسئول عن الحالة وأعضاء فريق التأهيل. قد تبدأ عملية إعداد الخطة من مرشد التأهيل الذي يدير الحالة الذي يراجع التقارير المقدمة من المتخصصين الذين أجروا التقويم بفروعه المختلفة، ويتشاور معهم، ولكنها يجب أن تمضي في طريقها في تشاور المرشد مع العميل من خلال عملية الإرشاد حيث في هذه المرحلة تتبلور عناصر الخطة مثل نوع العمل المناسب والحاجة إلى برامج التدريب على التوافق، ومدى الحاجة إلى الإرشاد في مجال المشكلات النفسية، والحاجة للخدمات المساندة وغيرها.

مكونات خطة التأهيل:

تتكون خطة التأهيل من مجموعة البرامج والأنشطة التي تساعد على تحقيق أهداف التأهيل الأساسية، والتي يمكن إجمالها في ثلاثة أهداف أساسية:

١- منع المضاعفات الطبية والقيام بالأنشطة اللازمة للحياة اليومية والتوافق الشخصي.

٢- التوافق الاجتماعي في الأسرة وفي المجتمع.

٣- الإنتاجية والإحساس بالإفادة.

ويمكن اعتبار الجوانب التالية مكونات أساسية في عملية التأهيل تراعى عند إعداد خطة التأهيل الفردية.

١- خدمات الإعداد البدني.

٢- خدمات التدريب على التوافق الشخصي والاجتماعي.

٣- التدريب المهني.

٤- الخدمات المساعدة (الخدمات الاجتماعية)

٥- الإلحاق بالعمل.

٦- الإرشاد، ويلاحظ أن الإرشاد عملية مستمرة استمرار عملية التأهيل نفسها، فالإرشاد يبدأ منذ اللحظة الأولى للعمل مع الفرد المعوق، وقد يبدأ أحياناً قبل وصوله إلى مركز التأهيل، ولاينتهي إلا باستقرار العميل في المجتمع وتحقيقه لأهدافه.

وفي الواقع فإن الدور الذي يقوم به مرشد التأهيل يمثل دوراً أساسياً وهو بمثابة العمود الفقري في عملية التأهيل، كما أن المرشد نفسه يعتبر بمثابة الأخصائي المدير للحالة والمرافق لها من بداية التأهيل إلى نهايته، ولهذا فقد أفرد للإرشاد جانب مستقل.

وسوف نتناول بالتفصيل في الفصول التالية الخدمات التي تشتمل عليها برامج التأهيل، ولايعني هذا أن كل عميل يحضر للتأهيل سيحتاج إلى كل هذه الخدمات فقد يحتاج إلى جانب منها فقط.

وتعتبر عملية مراجعة خطة التأهيل مع العميل مرحلة هامة من مراحل العمل الإرشادي، وهي تمثل في الواقع ماوصل إليه المرشد مع العميل في عملهما أو علاقتهما الإرشادية.

ويجب أن يتوقع مرشد التأهيل أن يواجه بمجموعة من المشكلات في مرحلة الإرشاد، وهذا يتوقف بالطبع على الفرد المعوق الذي يقوم بالعمل معه من حيث العمر والنوع وظروفه قبل حدوث العجز، وظروف حدوث العجز نفسه والتكوين الأسري، ودرجة العجز، والدور الاجتماعي الذي يقوم به وعمله السابق، وحالته الاقتصادية، وعلاقته بأسرته، وتكوين شخصيته، وغيرها من الجوانب.

إن العميل يحضر إلى التأهيل ومعه بعض الآثار النفسية من المرحلة السابقة، وقد تكون دافعيته منخفضة، ولديه إحباطات كثيرة، وقد يعاني من عدم الثقة في المجتمع وفي الناس، بل إنه قد يصل به الحال إلى القنوط، ويتوقف على مايقوم به المرشد وفريق التأهيل كثير من عوامل النجاح مع العملاء، ولهذا يجب أن تكون هناك خدمات فورية تتمثل في: الإرشاد النفسي لمساعدة هؤلاء الأفراد على تحسين مستوى الدافعية. كما قد يغالي بعض العملاء في توقعاتهم، فيبتعدون كثيراً عن الواقع، وهؤلاء أيضاً يجب أن يهتم بهم العمل الإرشادي، لتقريب أهدافهم من واقعهم.

وتساعد خطة التأهيل الواقعية والعمل الإرشادي على أن يشعر العميل باقترابه من الواقع والمسئولية، وبصفة خاصة عندما يمضي في تنفيذ خطة التأهيل ومعايشة النجاحات المختلفة التي يحققها في مختلف الأنشطة وتقدماً نحو تحقيق أهدافه.

ويهمنا في هذا الصدد أن نركز على أهمية التقويم والمتابعة المستمرين للخطة، وخطوات تنفيذها، ومراجعة مدى تقدم العميل فيها وإجراء التعديلات المناسبة عليها، كلما اتضح لنا وجود صعوبات في تنفيذها أو بعدها عن الواقعية.

نموذج ملخص لخطة التأهيل الفردية:

الاسم:

العمر:

تاريخ التحويل للتأهيل:

الفحوص والدراسات التي تمت: طبية التاريخ

نفسية التاريخ

مهنية التاريخ

اجتماعية التاريخ

أخرى تذكر التاريخ

الخدمات التي يحتاجها العميل:

١- الإعداد البدني:

علاج طبي

جراحات

علاج طبيعي

علاج كلام

تدريب على أنشطة الحياة اليومية

٢- التدريب المهني:

المهنة

مدة التدريب

مكان التدريب

٣- الخدمات الاجتماعية:

إقامة

مساعدات مالية

برامج أسرية

تعليم

٤- التوافق الشخصي والاجتماعي:

تدريب على التوافق الشخصي

تدريب على التوافق الاجتماعي

علاج نفسي متخصص أو إرشاد نفسي

٥- إعداد البيئة والأسرة:

تجهيز بيئة المنزل

تحسين العلاقات مع الأسرة

إرشاد أفراد الأسرة

٦- الإلحاق بالعمل:

عمل في السوق الحرة للعمل (عمل تنافس)

إلحاق بمصنع خاص (ورش محمية)

مشروع فردي

عمل مع الأسرة

عمل في المنزل

٧- خدمات أخرى مقترحة تذكر

٨- تاريخ موافقة فريق التأهيل (اللجنة الفنية)

اسم المرشد توقيعه

المرحلة الرابعة: مرحلة تنفيذ برنامج التأهيل:

إن نجاح عملية التأهيل وتحقيقها لأهدافها يعتمد بشكل مباشر على تنفيذ الخطة التأهيلية التي رسمها فريق التأهيل متعدد التخصصات. وتتكون هذه المرحلة من الخطوات التالية:

١) الإعداد.

٢) التدريب.

٣) التقييم.

٤) المتابعة.

٥) الإنهاء أو إقفال الحالة.

وفيما يلي تفسيرًا مختصرًا لكل خطوة من هذه الخطوات:

١) الإعداد: المقصود بهذه الخطوة هو إعداد الفرد المعوق للدخول في مرحلة تنفيذ الخطة التأهيلية المرسومة. وتشتمل خطوة الإعداد على الجوانب التالية:

أ) جانب الإعداد البدني: ويشتمل هذا الجانب على تقديم الخدمات التي من شأنها مساعدة الفرد المعوق على استعادة أكبر قدر من طاقاته البدنية وإكسابه القدرة على مواجهة المطالب البدنية للحياة. وتتكون هذه الخدمات من التدخلات العلاجية الطبية اللازمة (العمليات الجراحية) والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والعلاج النطقي، الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة، الأطراف الصناعية وغيرها.

ب) جانب الإعداد النفسي: ويشتمل على إرشاد وتوجيه الفرد المعوق ومساعدته على تقبل عجزه ودعم ثقته بنفسه وبقدراته المتبقية والكشف عن ميوله واستعداداته لمتابعة برنامج التأهيل وتهيئته نفسياً لهذه المرحلة.

٢) التدريب: وهي الخطوة التالية والأساسية في هذه المرحلة. وتشتمل على وضع الفرد المعوق في المكان أو المؤسسة التي سوف تقوم بتدريبه وفق الخطة المرسومة. وتتنوع مجالات التدريب وأنواعه على النحو التالي:

أ) التدريب الأكاديمي ويتم عادة إما في المدارس العادية والبرامج الملحقة بها وإما في مدارس ومؤسسات التربية الخاصة.

ب) التدريب المهني ويتم في مراكز التأهيل المهني.

ج) التدريب على المهارات الخاصة ويتم ذلك في مؤسسات التربية الخاصة النهارية أو الداخلية أو في المستشفيات.

٣) التقييم: وهي عملية مستمرة تهدف إلى تحديد مستوى أداء الفرد المعوق خلال عملية التدريب وفي نهايتها للتأكد من مدى تحقيق أهداف عملية التأهيل.

٤) المتابعة: وتأتي هذه الخطوة بعد إتمام الخطوات السابقة أي بعد انتهاء برنامج التدريب. وتهدف إلى التأكد من مدى التوافق الذي يحققه الفرد المعوق سواء في المجال الأكاديمي إذا ماقرر الاستمرار في الدراسة، أو في المجال المهني بعد إيجاد وظيفة أو إلحاقه بعمل، أو سواء رغب في الاستقرار المعيشي وتكوين حياة أسرية خاصة.

٥) الإنهاء أو إقفال الحالة: وهي آخر خطوة في عملية التأهيل حيث يقوم مرشد التأهيل بإقفال ملف الحالة بعدما يتأكد له بأن الفرد المعوق قد وصل إلى مرحلة الاندماج في المجتمع والاستقرار الاقتصادي والاجتماعي.

العوامل المساعدة على نجاح برامج التأهيل:

إن نجاح برامج التأهيل يعتمد على العوامل التالية:

١) التشريعات والقوانين والأنظمة سواء كانت هذه التشريعات خاصة بالمعوقين بشكل مباشر كقوانين تأهيل المعوقين أو قوانين التربية الخاصة أو سواء كانت ضمن التشريعات المعمول بها في المجتمع على شكل مواد أو فقرات مخصصة لتأهيل المعوقين مثل وجود نصوص في قانون التعليم أو قانون العمل أو الرعاية الصحية... إلخ.

٢) مدى توفر الكوادر المهنية المتخصصة والمؤهلة للعمل في مجال تأهيل المعوقين سواء على مستوى الإعداد الأكاديمي في الجامعات والكليات والمعاهد، حيث

تجدر الإشارة هنا إلى أن هذا الموضوع أصبح من ضمن اهتمامات الجامعات العربية كجامعة الملك سعود وجامعة الإمارات العربية المتحدة والجامعة الأردنية وجامعة البلقاء التطبيقية في الأردن وجامعة عين شمس في جمهورية مصر العربية، هذا إضافة إلى أن بعض الجامعات العربية تفكر في استحداث برامج جديدة في التربية الخاصة. ومن الجدير بالذكر فإن الجامعة الأردنية هي الجامعة الوحيدة التي توفر برنامج للتربية الخاصة على مستوى البكالوريوس والماجستير والدكتوراه.

أو سواء على مستوى البرامج التدريبية في مجال عقد الدورات التدريبية للعاملين في المجال لتطوير وتحسين مستوى أدائهم المهني وكذلك في مجال عقد الندوات العلمية وورش العمل والمؤتمرات العلمية والمهنية المتخصصة.

٣) مدى استعداد الأسرة والمجتمع ومدى توفر الاتجاهات الإيجابية نحو المعوقين من جهة ونحو أهمية وفعالية برامج التأهيل من جهة ثانية ونحو توفير الظروف الطبيعية والاجتماعية والاقتصادية التي تساعد على اندماج المعوق في المجتمع واستقلاله المعيشي.

ولاشك فإن هنالك تطوراً ملحوظاً تشهده مجتمعاتنا العربية على هذا الصعيد يتمثل في تزايد أعداد الجمعيات الأهلية التطوعية سواء لأهالي المعوقين أو للمعوقين أنفسهم أو لأفراد المجتمع الآخرين من المهتمين في هذا المجال، وكذلك في التوسع الإيجابي والملفت للنظر الذي تشهده حركة الدمج والتطبيع الأكاديمي والاجتماعي، وخير مثال على ذلك مانلحظه في المملكة العربية السعودية من برامج للدمج التي وصلت في آخر تقرير إلى ٥٨٢ برنامجاً لمختلف فئات الإعاقة وعلى مختلف المستويات سواء الدمج في الصف العادي أو الصفوف الخاصة أو غرف المصادر... الخ(الموسى ٢٠٠٠، العبدالجبار ومسعود ٢٠٠١)

٤) مدى توفر البرامج التربوية والمهنية اللازمة والتي تغطي كافة مجالات التأهيل. ولابد من الإشارة هنا أن البرامج التأهيلية سواء التربوية منها أو المهنية أصبحت

تقدم في أقل البيئات تقييدًا وابتعدت عن البرامج المنعزلة، ويأتي هذا التحول استجابة للتطورات المتسارعة التي تحدث في هذا المجال وخصوصاً الاتجاه نحو الدمج الشامل (Inclusion) الذي أصبح حقيقة واقعة في جميع المجتمعات.

٥) مدى توفر الأجهزة والوسائل المساعدة: إن التطور التكنولوجي والتقني الذي تشهده المجتمعات الحديثة قد أثر بشكل واضح ليس على حياة الأفراد العاديين فحسب بل وعلى الأفراد المعوقين أيضاً على اختلاف إعاقاتهم وفئاتهم. وتتنوع الأجهزة والوسائل المساعدة الفردية منها والجماعية لتشمل:

أ) الأجهزة التعويضية كالأطراف الاصطناعية والأجهزة السمعية والبصرية.

ب) الوسائل المساعدة على الحركة والتنقل سواء مايتعلق منها بالمعوقين جسمياً أو المعوقين بصرياً أو ذوي الإعاقات الحركية الأخرى.

ج) الوسائل التعليمية الخاصة.

د) الوسائل والأجهزة الخاصة بالحياة اليومية التي تسهم إسهاماً فعالاً في الاستقلال المعيشي للمعوقين.

٦) البيئة الخالية من الحواجز.

٧) مدى توفر مراكز للتأهيل المجتمعي: لقد أصبحت الحاجة إلى هذا النوع من المراكز أكثر إلحاحًا في الوقت الراهن وذلك للأسباب التالية:

أ) التوفير من الكلفة الاقتصادية العالية التي تتطلبها عملية إنشاء المراكز الخاصة لتأهيل المعوقين.

ب) توسيع رقعة الخدمات لتشمل المناطق الريفية والنائية التي لاتصل إليها المراكز الخاصة التي عادة ماتتركز في العواصم والمدن الرئيسية.

ج) التوسع في تقديم خدمات وبرامج التأهيل لتشمل أعداداً أكبر من المعوقين ولتوفر لهم البرامج اللازمة التي تفي باحتياجاتهم التأهيلية الخاصة، حيث تشير العديد من الدراسات المحلية في المجتمعات المختلفة إلى أن نسبة الأفراد المعوقين

الذين تشملهم خدمات التربية الخاصة في المراكز والمؤسسات لاتتعدى بأي حال من الأحوال نسبة ٥٪ من مجموع الأفراد المعوقين في هذه المجتمعات.

د) التغير والتطور الذي يحصل في اتجاهات أسر المعوقين واتجاهات أفراد المجتمع نحو ضرورة تلبية الحاجات التأهيلية للمعوقين، وزيادة أعداد الهيئات والجمعيات الحكومية والأهلية التي تطالب بتوسيع رقعة الخدمات جغرافياً ونوعياً وتطالب أيضاً بضرورة تأمين حقوق المعوقين.

هـ) الاتجاهات المعاصرة التي تشهدها حركة تأهيل المعوقين والتربية الخاصة والتي تؤكد على مبادئ تكافؤ الفرص والتحرر من المؤسسات والدمج المجتمعي الشامل، وتحرير البيئة من العوائق الطبيعية والاجتماعية.

المبحث الثالث:

أنظمة تقديم الخدمات للمعوقين

تتعدد أنظمة تقديم الخدمات التأهيلية للمعوقين تعددًا كبيرًا من بلد إلى آخر. وقد يكون بعض هذه الأنظمة أكثر ملاءمة لبعض حالات العجز من البعض الآخر، كما قد يكون جانب منها أكثر مرونة عن غيره، بينما يناسب البعض منها مرحلة من مراحل التأهيل تؤدي إلى مرحلة أخرى تتم في مكان آخر.

سوف نستعرض فيما يلي مجموعة من أنظمة التأهيل الأساسية المنتشرة حول العالم، ثم نتناول مجموعة أخرى من الأنظمة الأقل انتشاراً والتي تلائم ظروفاً معينة أو فئة معينة من المعوقين.

أ) مراكز التأهيل: Rehabilitation Centers

ربما يكون نموذج مركز التأهيل هو أوسع النماذج التي تقدم من خلالها خدمات التأهيل من حيث مايقدمه من خدمات للمعوقين، وكذلك من حيث اعتباره النموذج الأساسي لتقديم خدمات التأهيل في صورة متكاملة في معظم دول العالم.

ومركز التأهيل هو منشأة غرضها الأساسي تأهيل المعوقين. وقد تكون هذه المنشأة حكومية في إدارتها وتمويلها أو قد تكون أهلية، وفي بعض الأحيان تجمع بين النظامين، كأن تكون إدارتها أهلية وتمويلها حكوميًّا.

وفي المعتاد أن تنشأ مراكز التأهيل الشاملة بغرض تقديم خدمات التأهيل لحالات الإعاقة الشديدة، التي تحتاج لتجمع مجموعة من خدمات التأهيل كالإعداد البدني(قسم للتأهيل الطبيِّ)والتدريب المهني، والتعليم والتدريب على مهارات التوافق الشخصي،والإقامة الداخلية في بعض الأحيان؛ بما يناسبُ حاجات هؤلاءِ المعوقين. وتقوم رسالة مراكز التأهيل على تقديم بيئة تأهيلية مكثفة،

ومتأنيـة ومتكاملـة تسـاعد الشـخص المعـوق علـى تحقيـق حيـاة أفضـل. ويشـتمل مركـز التأهيل على الخدمات الآتية:

١- **الاستقبال:**

حيث تحال إليه الحالات التي تحتاج إلى تأهيـل من المصـادر الرئيسـية مثل المستشـفيات وبصـفة خاصـة أقسـام الجراحـة فيهـا، والمعاهـد التعليميـة، والهيئـات الاجتماعية، وعيادات الأطبـاء وغيرهـا. ومـن الضـروري أن يكـون هنـاك عمـل مـن جانـب مركـز التأهيـل للوصـول إلى الحـالات في وقت مبكـر، إذ كثيراً مـايخرج المريض من المستشفى ولا يحال إلى التأهيل رغم حاجتـه إليـه كذلك فإن الأطبـاء نادراً مـايحيلون الأفـراد الـذين يحتـاجون إلى تأهيـل مـن بـين مرضـاهم إلى مراكـز التأهيل.

٢- **التقويم:**

يتم تقويم قدرات العميل والتعرف على حاجاته في صورة منسقة مـن جانـب المتخصصين في المركز، فيكون هناك تقويم للوظائف البدنية والعقلية والجوانب النفسية والمهنية والاجتماعية والاقتصادية والتعليمية. وقد يستمر القـويم لفـترة مـن خلال الملاحظة بما يعرف بالتقويم المستمر أو الممتد Extended evaluatin

٣- **الإرشاد:**

تقدم خدمات الإرشاد للأفراد المعوقين من مرحلة الإحالـة (الاسـتقبال) إلى نهاية برنامج التأهيل للفرد، ويقوم بهذا الجانب مرشدون متخصصون، ويقـع علـى مرشد التأهيل مهمة إدارة الحالة في معظم المراكز بالإضـافة إلى اسـتيفاء مـاتنص عليـه التشـريعات في مجـال التأهيـل هـذا بـالطبع بجانـب دوره الرئيسـي في عمليـة مستمرة للإرشاد.

٤- **الخدمات:**

تنظم مراكز التأهيل على أساس أن تشتمل في داخلها على أكبر قدر من الخدمات التي يحتاجها العميل في تأهيله. ويدخل في هذه الخدمات ما يلي:

أ) خدمات الإعداد البدني:

ومنها العلاج الطبي، والعلاج الطبيعي، والأجهزة التعويضية، والأطراف الصناعية، وتدريب السمع، وتدريب النطق، والتدريب على الرعاية الذاتية، والعلاج النفسي إلخ.

ب) التدريب المهني:

حيث تشتمل مراكز التدريب على أقسام للإعداد المهني، وقد تشتمل أيضاً على ورش للتدريب المهني في عدد من المجالات.

ج) خدمات التوافق الشخصي:

وتشتمل هذه الخدمات على برامج تهدف إلى تدريب المعوق على مهارات التوافق الشخصي والتوافق الاجتماعي وكيفية تكوين علاقات اجتماعية والتعامل مع ظروف البيئة والاهتمام بشئونه الشخصية.

د) خدمات الإعاشة:

في بعض المراكز يعد قسم خاص للإقامة الداخلية لمن لاتساعدهم ظروفهم على المعيشة في أسرهم إما لبعد المكان أو لعدم وجود الأسرة المناسبة أو في مرحلة من مراحل التأهيل التي لايكون العميل فيها قادراً على العودة إلى أسرته يومياً. وتشتمل الخدمات الخاصة بالإعاشة على النوم والطعام والإشراف والخدمات المكلة لذلك، كالبريد والتليفونات والترويح وغيرها.

هـ) خدمات النقل:حيث تمكن هذه الخدمة المعوق من الانتقال من المنزل إلى مركز التأهيل والعكس، أو الانتقال من مركز التأهيل إلى أماكن التدريب، أو التعليم، أو العمل أو العلاج الطبي أو غيرها، وهذه الخدمات مهمة للغاية في

بعض المراكز التي تهتم بتأهيل حالات الإعاقة البدنية الشديدة، والذين تستخدم لهم سيارات خاصة لتلاءم الكراسي المتحركة التي يستخدمونها.

و) خدمات الترويح:

وهذه الخدمات لها جانب علاجي وجانب نفسي، وهي ذات أهمية بالنسبة للمعوقين خاصة من يقيمون في المركز بصفة دائمة.

ز) برامج التربية الخاصة:

وذلك لتعليم بعض حالات المعوقين لزيادة مهاراتهم في الاتصال بغيرهم.

الجهاز الوظيفي:

يحتاج مركز التأهيل الشامل إلى عدد كبير من الموظفين ومن تخصصات متنوعة مثل:

الأطباء وبصفة خاصة في مجال عمل المركز، والمعالجون (معالج طبيعي، ومعالج النطق، ومعالج مهني، الخ) ومتخصصون في مجال الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية، ومرشدون للتأهيل، وأخصائيون في القياس المهني (التقويم المهني)، ومدربون مهنيون، ومعلمون للتربية الخاصة، وأخصائيو الترويح، وأخصائيون اجتماعيون، وأخصائي للتوظيف، وإداريون، وموظفو خدمات وسائقون ومشرفون.

ويراعي إعداد أقسام مركز التأهيل بحيث تحقق الكفاءة الإدارية والاقتصادية للخدمة، وتحقق أقصى فاعلية لها، فعلى سبيل المثال إذا كان مركز التأهيل يخدم مرضى القلب ضمن من يقدم لهم الخدمة، فإنه قد يكون من الأفضل وجود جهاز رسم القلب داخل المركز بدلاً من نقل المرضى من وإلى المستشفيات.

كما يراعى عند تصميم مراكز التأهيل الشاملة التي تقدم خدماتها لأكثر من فئة من فئات المعوقين أن يكون تصميم مباني هذه المراكز بما يناسب حاجات هذه الفئات، وبصفة خاصة بالنسبة للتنقل والحركة من حيث تصميم الأبواب والطرقات والمصاعد وخلافه.

وفي المعتاد أن تخدم بعض مراكز التأهيل لأغراض متنوعة، كأن تكون مركزاً للبحوث حول نوع من أنواع العجز، أو مركزاً لتدريب الطلاب الذين سيعملون فيما بعد في مثل هذه المراكز مثل طلاب الخدمة الاجتماعية وعلم النفس وطلاب الطب وطلاب العلاج الطبيعي وغيرهم، ومن هنا يتعين تقديم الخدمات في المستوى النموذجي، والذي يحقق الأهداف التعليمية لهؤلاء الطلاب أيضاً. ومن الناحية الاقتصادية والإدارية فإن تكلفة الخدمة في هذه المراكز للفرد الواحد مرتفعة إذا حسبت كتكلفة تأهيل مقارنة بنماذج أخرى، ولكن من الناحية الفاعلية فإنها قد تكون أعلى حيث تقدم الخدمة في شكل تكاملي بمعرفة فريق من المتخصصين تجمعهم ببيئة عمل واحدة تساعد على التقائهم ومناقشتهم لتطور البرنامج ومدى نجاحه، ومن أمثلة مراكز التأهيل في مصر:

١- مركز تأهيل المعوقين بدنيا بمؤسسة يوم المستشفيات (بالسيدة زينب)

٢- مركز تأهيل المكفوفين بالمركز النموذجي لرعاية وتأهيل المكفوفين (حلمية الزيتون).

٣- مركز تأهيل الصم بالجمعية المصرية لرعاية وتأهيل المعوقين سمعياً (مصر الجديدة)

٤- مركز تأهيل الكفيفات بجمعية النور والأمل بالقاهرة (مصر الجديدة)

٥- مركز تأهيل المتخلفين عقلياً بجمعية التنمية الفكرية (بالمطرية)

٦- مركز تأهيل حالات الدرن (السيدة زينب)

ب) مكاتب التأهيل:

مكتب التأهيل عبارة عن وحدة إدارية مسئولة عن تطبيق نظام التأهيل. وتقوم فكرة المكتب على وجود أقل عدد من المتخصصين الذين يشتركون في الدراسة والتقويم والإرشاد والتوظيف. أما الخدمات الأخرى مثل الإعداد البدني والأجهزة التعويضية والتدريب المهني وغيرها فيتم الاعتماد فيها على إمكانيات المجتمع ومؤسساته.

يمكن القول: إن المكتب يقوم بدور رئيسي في الوصول إلى الحالات، وتقدير الحاجات التأهيلية، وإعداد خطة التأهيل الفردية، ثم يستفيد من إمكانيات المجتمع في توفير الخدمات المختلفة، مثل العلاجات بأنواعها والأجهزة التعويضية والتدريب المهني وغيرها. وقد يقوم المكتب بشراء هذه الخدمات من مصادرها أي يكون دوره هو تمويل الخدمة التأهيلية والإنفاق عليها دون الحاجة إلى توفيرها داخل المكتب أو يستفيد من الخدمات التي توفرها أجهزة الدولة.

وفي المعتاد فإن الجهاز الوظيفي للمكتب يشمل:

١- مدير للمكتب: للإشراف على الجوانب الإدارية وتنفيذ نصوص قانون التأهيل.

٢- أخصائي اجتماعي: ويقوم هذا الأخصائي بمهام البحث الاجتماعي والمقابلة الأولى.

٣- أخصائي تأهيل (مرشد تأهيل): يقوم بالخدمات الإرشادية، وبصفة خاصة الإرشاد المهني.

٤- أخصائي نفسي: وعادة يكون على أساس من عمل لبعض الوقت حيث يتولى عملية التقويم النفسي.

٥- طبيب: وقد يكون هذا الطبيب ممارساً عاماً أو طبيب أخصائي عظام.

ويجتمع هؤلاء المتخصصون في هيئة فريق عمل يعرف باللجنة الفنية للتأهيل، حيث يناقشون التقرير الخاص بالعميل، والذي يعده عادة مرشد التأهيل مع خطة تأهيل فردية، ويتخذون القرارات الخاصة بقبول العميل للتأهيل في البداية وإتمامه للتأهيل وأحقيته في الحصول على شهادة التأهيل عند إتمام تأهيله، وكذلك لمتابعة وتعديل الخطة أثناء التأهيل وعند اللزوم.

أما الخدمات فهي تتم من خلال المستشفيات ومراكز التدريب المهني والورش الخاصة والمصانع وغيرها، وقد يدفع المكتب مقابل تكلفة هذه الخدمات أو تقدم مجاناً تبعاً لمصدر تقديمها.

ويتميز نموذج مكتب التأهيل بالكفاءة الاقتصادية وبأن العميل يكون أكثر ملامسة لواقع المجتمع.وفي المعتاد أن يقدم المكتب خدمات لكافة أنواع الإعاقات، غير أنه توجد مكاتب نوعية مرتبطة بمراكز التأهيل.

ج) المصانع الخاصة (الورش المحمية) Sheltered Work Shops

المصنع الخاص أو الورشة المحمية هي بيئة عمل معدة خصيصاً لتلاءم حالات المعوقين، وهي تعتبر استمراراً وامتداداً لعملية التأهيل. ويوفر المصنع الخاص فرص الالتحاق بعمل لمن تقوم في سبيلهم عقبات في الالتحاق بعمل على أساس تنافسي في سوق العمل بصورة مؤقتة أو مستديمة. قد تكون هذه العقبات خاصة بالفرد من حيث شدة العجز أو حاجته لخدمات تأهيلية وإشراف طبي قريباً منه، أو لحاجته للعمل تحت ظروف خاصة من حيث عدد الساعات وتوفر ظروف معينة. أو قد يكون نتيجة لظروف المجتمع واتجاهاته مثلاً كما يحدث مع الحالات السلبية للجزام.

وقد تنشأ المصانع الخاصة أو الورش المحمية ملحقة بمراكز التأهيل، كما هو الحال في جمهورية مصر العربية، حيث تلحق هذه المصانع مباشرة بمراكز التأهيل أو قد تكون في صورة ورش محمية تلحق بالمصانع الكبرى (وهذا النظام متبع في ألمانيا) حيث يخصص ورشة في المصنع تقوم ببعض الخطوات في الصناعة، ويعمل فيها عدد كبير من المعوقين. أو قد تكون هذه المصانع منشأة خصيصاً لهذا الغرض وغير مرتبطة بمراكز تأهيل، وإنما هي تقدم الخدمة التأهيلية بنفسها، كما في الولايات المتحدة الأمريكية، أو تكون تحت مظلة تنظيمية أخرى مثل الجمعيات التعاونية للتأهيل (تعاونيات المعوقين) كما في بولندا.

ولايعني وجود مصنع خاص أو ورشة محمية للمعوقين أن تكون جميع الخطوات أو العمليات داخل المصنع معتمدة على المعوقين، وإنما يوضع في الاعتبار أن يكون هناك نسبة من غير المعوقين في هذه الأعمال (من ١٠ – ٢٥٪).

وقد يكون الالتحاق بالمصنع الخاص كمرحلة انتقالية وعابرة بين التأهيل والالتحاق بسوق العمل، أو قد يكون في صورة مرحلة نهائية، أي الالتحاق الدائم بالمصنع باعتباره بيئة العمل الدائمة للمعوق.

ومن الضروري أن يتوفر في المصنع جانب من الخدمات التأهيلية وأن يكون بين العاملين فيه جهاز متخصص مثل الطبيب ومرشد التأهيل والأخصائي الاجتماعي وغيرهم. كما قد يحتاج الأمر في بعض الأحيان إلى اعتماد المصنع في جانب من تمويله على ماتقدمه الحكومة أو الهيئات الأهلية للمساعدة في تغطية نفقاته.

د) وحدات التقويم المهني:

يهدف التقويم المهني Work Eualvation إلى تقدير جوانب القوة والضعف لدى الفرد من خلال تعويضه لبيئة عمل حقيقية أو بيئة شبيهة بها معدة خصيصاً لذلك.

والتقويم المهني يمثل جانبًا من جوانب مرحلة التقويم في عملية التأهيل المهني، ويمكن أن تتم باستخدام عدد كبير من الوسائل.

وعلى الرغم من أن التعرف على جوانب القوة وجوانب الضعف لدى الفرد المعوق في القيام بعمل معين فكرة ترجع إلى مدرسة السمات والعوامل، والتي بدأت مع جهود بارسونز (١٩٠٩) التي وضع بها أسس التوجيه المهني. غير أن استخدام بيئة عمل فعلية لتقدير جوانب القوة وجوانب الضعف يعتبر اتجاهاً حديثاً نسبياً في برامج التأهيل.

وفي مصر لم تكن عملية التقويم المهني تتم من خلال بيئة عمل فعلية وإنما كانت تعتمد على القياس النفسي واجتهادات المرشدين في توجيه المعوقين إلى أعمال تناسبهم، وقد بدأ المؤلف تجربة الاعتماد على تقدير الإمكانيات المهنية للمعوقين في بيئة عمل فعلية ولفترة تمتد إلى شهرين، وذلك في مركز تأهيل المعوقين سمعيًّا بالقاهرة عام ١٩٦٧م، وتلا ذلك إنشاء مركز تجريبي

للتقويم المهني عام ١٩٧٨م وذلك بالاشتراك مع حكومة الولايات المتحدة الأمريكية حيث أمكن من خلال هذا المركز القيام بدراسات عن التقويم المهني وإعداد مجموعة من الكتيبات والدورات التدريبية، وقد تحول هذا المركز التجريبي إلى مركز للتقويم المهني لخدمة برامج التأهيل في محافظة القاهرة وما حولها.

ويتكون مركز التقويم المهني عادة من صالة كبيرة تقسم إلى أقسام يحتوي كل قسم على عمل من الأعمال الشائعة في المجتمع في صورة مصغرة وقريبة من الواقع، وتعرف بعينة العمل Work Jop Sample أو من مجموعة من المهام التي تدخل في عدة أعمال.

ويقوم بعملية التقويم متخصصون لديهم القدرة على القياس في المجال المهني وعلى المقابلة والملاحظة.

كما تستخدم وسائل أخرى مثل المقاييس النفسية والتقويم في بيئة عمل فعلية وعينات العمل المقننة مثل نظام توور ونظام فالبر وغيرها من الأنظمة.

ومن وجهة نظر المؤلف فإن وحدات التقويم المهني يجب أن تحل محل ورش التدريب المهني القائمة حاليًا في مراكز التأهيل، وأن يكون الجانب المهني في هذه المراكز قاصراً على التقويم المهني والتدريب الإعدادي على بعض المهارات المتصلة بالمهن، والتدريب على المهارات الشخصية وعادات العمل التي تساعد على تحقيق التوافق المهني للمعوقين. وأما باقي جوانب التدريب المهني فتكون في بيئة العمل الفعلية.

خامساً: نماذج أخرى من أنظمة تقديم الخدمات التأهيلية للمعوقين:

هناك مجموعة كبيرة من النماذج التي يمكن أن تشاهد في دولة دون أخرى، والتي يدخل كل منها في نظام أكبر لتقديم الخدمات، مثل النظام الصحي، أو نظام القوى العاملة، أو نظام التعاونيات أو غيرها. وسوف نستعرض فيما يلي بعض هذه النماذج:

١- وحدات العلاج الطبيعي:

وهذه الوحدات قد تكون مستقلة أو ملحقة بالمستشفيات أو ملحقة ببعض الأندية الرياضية، وهي تقدم خدمات للمرضى الذين يحتاجون إليها كجزء من تأهيلهم الشامل، كما هو الحال في حالات الشلل.

٢- مصانع الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية:

وقد توجد هذه الوحدات في بعض مراكز التأهيل، حيث تشترى منها الخدمات لهيئات مثل هيئة التأمين الصحي أو الصحة المدرسية للطلاب، كما تنتشر المصانع الخاصة للأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية على مختلف أنواعها.

٣- وحدات السمع:

وتقدم هذه الوحدات الخدمات السمعية ابتداء من قياس السمع ووصف المعينات السمعية المناسبة، والتدريب السمعي. وقد يرتبط بها وحدات لتدريب النطق.

وتوجد مثل هذه الوحدات بالمستشفيات العامة وبمراكز تأهيل الصم. وفي الولايات المتحدة الأمريكية فإن مثل هذه الوحدات تقام في صورة مستقلة ضمن أنظمة تقديم الخدمات الطبية، ويكون الاعتماد الأساسي فيها على أخصائيين في السمع.

٤- وحدات الكلام:

وهذه الوحدات لاتزال قليلة في مصر، ومن أشهرها وحدة تدريب الأطفال المعوقين سمعياً بمصر الجديدة والتي تستخدم طريقة الدكتور جوبرينا اليوغسلافي، كذلك أنشأت كلية الطب بجامعة عين شمس مركزاً لعلاج أمراض الكلام والتخاطب. ويعتمد العمل في مثل هذه الوحدات على وجود أخصائي في تشخيص أمراض واضطرابات الكلام والنطق ومدربين مؤهلين

لعلاج عيوب الكلام Speech Therapists وفي بعض الأحيان تستخدم هذه المراكز معلمين متخصصين في التربية الخاصة للمعوقين سمعياً.

كذلك يوجد معهد للسمع والكلام تابع لوزارة الصحة يقوم على خدمة الطلاب في المراحل التعليمية التي تستفيد من خدمات الصحة المدرسية.

٥- وحدات المعينات البصرية:

حيث يكون عمل مثل هذه الوحدات فحص الأبصار وقياس قوته، ووصف المعينات البصرية المناسبة. وفي الولايات المتحدة فإن مثل هذه الوحدات تشتمل على مصانع لإعداد المعينات البصرية ذات التكبيرات المناسبة لكل حالة على حدة.

٦- وحدات التأهيل المتنقلة (قوافل التأهيل):

في بعض الأحيان تكون المناطق أو التجمعات السكانية متناثرة في مساحات شاسعة، الأمر الذي يصعب معه الاعتماد على مراكز ثابتة للتأهيل، وإنما يتحرك فريق للتأهيل في صورة قوافل إلى مثل هذه التجمعات، وقد أجريت في مصر تجربة على مثل هذه القوافل في محافظة أسيوط.

٧- التأهيل المنزلي:

إن وصول التأهيل إلى المعوقين الذين لايمكنهم الوصول إليه أمر إنساني وهام لمساعدة هؤلاء المعوقين، وبعض المعوقين تكون حركتهم مقيدة، أو تمنعهم ظروفهم الاجتماعية أو الظروف البيئية من الوصول إلى الخدمات التأهيلية. وتقوم فكرة تأهيل هذه الحالات على إتمام العملية التأهيلية في المنزل بقدر المستطاع، سواء التقويم أو الإرشاد أو التدريب أو التشغيل وقد بدأت عملية التأهيل المنزلي الذي كان يتم عبر مجموعة من المكاتب المنتشرة في أحياء القاهرة، وتتبع المركز النموذجي للمكفوفين، قد أجريت تجربة لتنفيذ مثل هذه الخدمات مع المعوقين بدنيا فيما عرف باسم مشروع التأهيل المنزلي، وهي تجربة تستحق

الاستمرار في تطبيقها من خلال مراكز التأهيل المتخصصة لربط المعوق بحياة المجتمع وإشعاره أن هناك من يهتم به وبحالته وبمساعدته على حياة أفضل.

٨- تعاونيات التأهيل:

يساعد النظام التعاوني من ينتمون إليه في الحصول على الخدمات اللازمة والحصول على وسائل ومواد الإنتاج وتسويق الإنتاج في صورة تعاونية، تقوم على مبادئ التعاون مثل الاشتراك الاختياري وديمقراطية الإدارة وتوزيع الأرباح بنسبة المعاملات وغير ذلك. وقد جرب هذا النظام في مصر مع المكفوفين، حيث كان يتم تزويد المكفوفين بمستلزمات الإنتاج، ثم يتم تسويقها لهم، لكن لاتتوفر بيانات عن مدى نجاح مثل هذه التجربة. لكن مثل هذه التعاونيات تعتبر النظام الأساسي في تأهيل المعوقين وتوظيفهم في بعض الدول مثل بولندا، حيث تخدم هذه التعاونيات عدة ملايين من معوقي الحرب العالمية الثانية ومابعدها. كما توجد تعاونيات للتأهيل في دول كثيرة أخرى منها الولايات المتحدة والاتحاد السوفيتي وغيرهما.

٩- الأسر المنتجة:

مشروع الأسر المنتجة من المشروعات الحيوية التي تنفذها وزارة الشئون الاجتماعية في مصر. ويهدف هذا المشروع إلى تكوين وحدات إنتاجية داخل الأسرة وفي مقر إقامتها للمساعدة في تحسين الدخول وشغل وقت الفراغ وتقليل البطالة والاستفادة من الطاقات، ويمكن لهذا المشروع أن يسهم إلى حد كبير في تأهيل المعوقين.

١٠- التأهيل عن طريق أفراد الأسرة:

فكرة تأهيل المعوقين بمساعدة من بعض أفراد أسرهم فكرة حديثة نسبياً، تساعد على نشر الخدمة التأهيلية في صورة اقتصادية تناسب ظروف الدول النامية بصفة خاصة، وكذلك الدول التي تتباعد فيها التجمعات السكانية وتقل فيها المواصلات.

وتقوم هذه الفكرة على تدريب أفراد من أسرة المعوق على كيفية الرعاية التي يقدمونها له، وكيفية تعليمه. ومن شأن هذه الطريقة أن تشعر المعوق بعلاقة المودة والحب بينه وبين أفراد أسرته، وتجعله يستفيد من حياته في بيئة أسرية يشبع فيها حاجاته النفسية والاجتماعية بجانب حاجاته البدنية.

١١- مراكز الترويح:

في بعض الدول توجد مراكز دائمة للترويح خاصة بالمعوقين يأتون إليها في أفواج ليقضوا فترة من الوقت مثلاً أسبوعين كل عام، وتكون مصممة بحيث تناسب حالاتهم، كما تقدم الخدمات المناسبة على يد متخصصين.

وفي مصر تقوم المعسكرات الصيفية في مدن الشواطئ مثل الإسكندرية وبورسعيد ومرسى مطروح، ويستفاد في إقامة المعسكرات بالمباني القائمة مثل المدارس والتي تكون خالية في الصيف ويصحب المعوقين في هذه المعسكرات فريق من المتخصصين، لكن لاتزال مثل هذه الخدمات قاصرة على الملتحقين بمراكز التأهيل دون غيرهم من المعوقين.

وقد ازداد الاهتمام في السنوات الأخيرة ببرامج الترويح للمعوقين بعد اشتراك هؤلاء المعوقين في الأندية الرياضية أو تأسيسهم لنواد خاصة بهم، كما بدأ خروجهم إلى دول العالم للاشتراك في المسابقات الرياضية الدولية.

١٢- وحدات التأهيل بمستشفيات الصحة النفسية:

ازداد الاهتمام ببرامج التأهيل للمرضى الذين يلحقون للعلاج بمستشفيات الأمراض النفسية في السنوات الأخيرة، وبصفة خاصة مع ازدياد الحوادث التي تؤدي إلى اضطرابات نفسية، ومع تغير أنظمة العلاج النفسي وإمكانية عودة المريض إلى المجتمع مرة أحرى. ويبدأ التأهيل داخل المستشفى بأنشطة الرعاية الذاتية والعلاج بالعمل.

١٣- وحدات تأهيل مدمني المخدرات:

قد تنشأ الوحدات في صورة مستشفيات خاصة بعلاج هذه الحالات أو أقسام في مستشفيات الصحة النفسية. غير أن البعض يرى عدم إدخال مدمني المخدرات ضمن حالات المعوقين، وإن كانوا لايزالون بحاجة إلى برامج لتأهيلهم شأنهم شأن المسجونين.

١٤- خدمات الإقامة:

في الولايات المتحدة وفي الدنمارك وغيرهما توجد خدمات للإقامة المؤقتة أو الدائمة للمعوقين وخاصة المتخلفين عقلياً سواء أثناء تأهيلهم أو بعد تأهيلهم وتحت مسميات مختلفة، مثل الأكواخ، وبيوت منتصف الطريق، وبيوت الضيافة، وهي تدار بواسطة المعوقين مع مساعدات من غيرهم سواء متطوعين أو موظفين.

١٥- الخدمات التطوعية:

يعتبر جانب الخدمات التطوعية في مجال التأهيل من الأمور المهمة، وقد يكون التطوع مقابل أجر وقد يكون بلا أجر. وفي المعتاد فإنه توجد هيئة أو هيئات تكون مسئولة عن تنظيم مثل هذه الخدمات، وفي سبيل المثال فإن الجامعات الأمريكية تحتوي ضمن برامجها الدائمة مكاتب لخدمة الطلاب المعوقين، حيث تعلن عن حاجاتها لمتطوعين للعمل في هذا المجال، ويقومون بأداء خدمات مثل القراءة أو المرافقة للمكفوفين، وبعض الجوانب الخاصة بالرعاية الشخصية لحالات شديد الإعاقة مثل إطعام حالات الشلل الرباعي، وخدمات النقل للمعوقين إلى أماكن تأهيلهم وأماكن دراستهم، وخدمات الترويح، وخدمات التنظيم الاقتصادي لشئون المعوقين وغيرها كثير. وفي مصر توجد كثير من الهيئات الأهلية مثل جمعيات أصدقاء المرضى وجمعيات رعاية مرضى السرطان وأسرهم ومرضى روماتزم القلب ومرضى السكر ومرضى الدرن وغيرها كثير.

إن أنظمة تقديم الخدمات للمعوقين متعددة ومتنوعة في مداها من حيث الفئات التي تخدمها أو نوع الخدمات التأهيلية التي تقدمها، وبعض الخدمات تقوم عن طريق برامج حكومية تنتمي عادة إلى وزارات الشئون الاجتماعية والعمل والصحة والتعليم، وفي مصر كذلك في معظم الدول العربية فإن خدمات التأهيل الشاملة تقدم عادة من خلال وزارة الشئون الاجتماعية أو الهيئات التي تشرف الوزارة عليها، كما توجد خدمات نوعية تقدم من خلال وزارة الصحة ووزارة التعليم ووزارة الشباب.

ويهمنا قبل أن نختم الحديث في هذا الموضوع أن نؤكد على أهمية اشتمال أنظمة التأهيل على توصيل الخدمة للمعوقين والوصول إليهم في وقت مبكر وحيثما كانوا. فالإصابة والعجز ذات تأثير تراكمي، وكلما مضت فترة طويلة بعد حدوث العجز زادت الترسبات النفسية والاجتماعية وارتفعت الحواجز بين المعوق وبين حياة المجتمع، كما ننبه إلى ضرورة التنسيق بين الخدمات التأهيلية وعدم تباعدها أو اختلافها في الفلسفة وعدم تكرارها أو وجود نقص فيها وأن يكون من حق المعوق التأهيل حيثما كان التأهيل قريبًا منه ومناسبًا له وأن يكون من تصميم منشآت التأهيل على أسس هندسية تساعد المعوقين على الاستفادة منها وأن تستخدم الجهاز الوظيفي المدرب والواعي والراغب في مساعدة المعوقين بإخلاص واهتمام وإنسانية وبمهارة عالية ومعرفة كافية بظروف الإعاقة.

الفصل الثالث

الاتجاهات الحديثة في
التأهيل والتنمية المستدامة

المبحث الأول: الاتجاهات الحديثة في تأهيل
ذوي الاحتياجات الخاصّة.

المبحث الأول: التأهيل والتنمية المستدامة.

تمهيد:

إن المتتبع للخدمات التأهيلية التي تقدم للمعوقين في السنوات الأخيرة مقارنة بما هو موجود في السنوات الماضية أو في الربع قرن الماضي، يجد أن هناك اختلافات كثيرة وواضحة، ففي السنوات الماضية مثلاً نجد أن التأهيل يتسم بالآتي:

١- الطريقة التقليدية التي يقوم عليها تأهيل المعوق- هذا إن وجدت لدى المجتمعات أو الدول- وعدم قيامها على أساس علمي ومدروس.

٢- اقتصار التأهيل- إن وجد- على حالات إعاقة دون حالات أخرى، وعلى الأعمار المرتبطة بالعمل دون أعمار أخرى، وفي هذا استبعاد حالات إعاقة أشد حاجة للتأهيل من غيرها.

٣- توجيه التأهيل لفئات معينة من الإعاقة القادرة على الاستفادة من التأهيل أما الفئات شديدة الإعاقة، فتكاد تكون مهملة.

٤- اتسام عمل التأهيل بالفردية، والاجتهادات الشخصية، والتلقائية والعشوائية، وعدم التنسيق بين الجهود.

٥- اعتماد التأهيل على جهود تطوعية غير منظمة ولايمكن استمرارها وبالتالي عدم ضمان نجاح التأهيل أو استمراره.

٦- اكتفاء التأهيل بأي شخص يقوم به من دون الحرص على التخصص والخبرة.

٧- إجراء التأهيل في أي مكان في المجتمع بغض النظر عن ملاءمته لعملية التأهيل من عدمه.

٨- عادة مايبدأ بالتأهيل مع المعوق بعد حدوث الإعاقة وبعد تفاقمها وبعد أن تصل إلى مرحلة يصعب معها العلاج.

٩- استخدام الوسائل والأدوات البدائية في التأهيل، ومن ذلك الطب الشعبي الذي يمارسه أشخاص جهلة غير مدربون.

كل هذا بالطبع كان نتيجة طبيعية للجهل في ذلك الوقت وعدم الوعي الكافي وقلة الإمكانيات العلمية والمادية.

أما واقع التأهيل في السنوات الأخيرة فمختلف تماماً، خاصة مع تلك الدول التي تتمتع بإمكانيات علمية ومادية تؤهلها للقيام بممارسة التأهيل بشكل متطور ومذهل.

بل الأكثر من ذلك، أن أحد مقاييس التقدم للدول في السنوات الأخيرة هو مدى ماتقدمه تلك الدول لمعوقيها من خدمات تأهيلية شاملة ومميزة وتخدم أكبر نطاق جغرافي ممكن لتلك الخدمات التأهيلية في متناول كل معوق بغض النظر عن مكان سكنه أو نوع إعاقته.

المبحث الأول:

الاتجاهات الحديثة في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصَّة

وفيما يلي نورد بعضًا من تلك الاتجاهات الحديثة في تأهيل المعوقين والتي توضح لنا الفرق الكبير بين ماكان عليه التأهيل في السنوات الماضية وبين ماهو عليه الآن. وأحب أن أشير أن عرضنا لبعض الاتجاهات الحديثة لايعني انها مرتبة حسب أهميتها من مجتمع لآخر لاعتبارات عديدة.

الاتجاه الأول: الاهتمام بالجانب الوقائي من العجز كعنصر مكمل للتأهيل:
Focusing on Preventive Aspect of the Disability As a Complementary Element of the Rehabilitation:

إن كثيراً من الإعاقات التي يصاب بها الإنسان وبالذات في السنوات الأخيرة تكون إصابات بسبب التقنية الحديثة والتصنيع الناجمة إما عن سوء الاستخدام كحالات البتر من الأجهزة الصناعية، أو سوء استخدام الأدوية، أو السرعة كحوادث السيارات وحوادث العمل، أو تلك الأمراض الاجتماعية النفسية الشديدة الناجمة عن التوترات والقلق المصاحب للمدنية الحديثة، والأمراض التي يصاب بها الإنسان بعد الأربعين من عمره كالسرطان والجلوكوما، وأمراض الأوعية الدموية وبعض الأمراض النفسية والعقلية وأمراض الشيخوخة، ومايترتب عليها من إعاقات متعددة. وكذلك الأمراض الوراثية التي قد تكون ناتجة من زواج الأقارب مثلاً.

وكثير من تلك الإعاقات الناجمة عن التصنيع، وسوء استخدام المواد التقنية المختلفة، وحوادث السرعة والعمل وغيرها، بالإمكان تلافيها أو تقليلها إلى حد كبير جداً، وذلك عن طريق الوقاية المتمثلة في الوعي الاجتماعي،

وضرورة أخذ جوانب الحذر من البداية بكافة الوسائل والطرق، منذ المراحل العمرية الأولى للإنسان ومنذ أن يكون جنينًا في بطن أمه.

مستويات الوقاية:

١- الوقاية في المستوى الأول:

يمكن أن تحد الوقاية إلى حد ما من بعض جوانب القصور باستخدام الأساليب كما يوضح ذلك الشكل رقم (٤)

٢- الوقاية في المستوى الثاني:

وهي الوقاية من حدوث العجز Disability، فهي تتم عندما يظهر القصور Impairment ويمكن أن تتم هذه الوقاية من خلال ثلاثة أساليب هي:

١) القدرة على التعرف على جوانب القصور التي قد تؤدي إلى أنواع معينة من العجز.

٢) الاهتمام المناسب بجوانب القصور في المرحلة الحادة لتفادي حدوث العجز.

٣) الاهتمام المناسب بجوانب القصور في المرحلة المزمنة أو القصور المستمر، وذلك لتجنب الآثار المتمثلة في العجز.

٣- الوقاية في المستوى الثالث:

عندما ينشأ العجز فإنه ينبغي إعداد الوسائل التي تمنع حدوث الإعاقة. ويمكن تصنيف هذه الوسائل إلى طبية واجتماعية ومهنية وتعليمية.. الخ وهذا التصنيف ينبغي ألا يكون عقبة في سبيل التنسيق الكلي لهذه الخدمات، سواء في التخطيط أو إعداد الأولويات واستخدام القوى البشرية. وبجانب العلاج الطبي المنتظم لتأجيل حدوث الإعاقة لأطول وقت ممكن، والتي قد تنشأ عن حالة العجز الطويل، فإن أساليب الوقاية في المستوى الثالث تشتمل على:

١) التدريب على زيادة الاستقلالية في الرعاية الذاتية.

٢) الأساليب التعليمية والمهنية التي تهدف إلى تحقيق الاستقلال الاقتصادي.

٣) الأساليب الاجتماعية لضمان الإدماج الكامل والقبول في المجتمع.

الاتجاه الثاني: البيئة المحررة من العوائق: Barrier Free Environment:

يواجه الإنسان العادي- وهو يعيش في بيئته- العديد من المعوقات التي تعوقه عن ممارسة حياته على شكل طبيعي، أما الإنسان المعوق فإنه يواجهه معوقات أكثر تعقيداً من الإنسان العادي، لأن البيئة الطبيعية لاتخلو من عوائق أو صعوبات من نوع آخر، كالعوائق المعمارية وغيرها التي تقف أمام حركة وحرية الأشخاص الذين يعانون من جوانب قصور بدني وتمنعهم من القيام بأنشطتهم الحياتية اليومية، التي هي أنشطة كثيرة ومستمرة.

وليس الحال مقتصر على العوائق المادية الملموسة، ولكن هناك عوائق اجتماعية أخرى لاتقل صعوبة، ومنها مايتمثل في النظرة الاجتماعية القاصرة للمعوق وتعاملات الآخرين الأسوياء معه.

والواقع أن حركة وتنقل المعوقين ظلت منسية لسنوات طويلة، وقد كان أحد أسباب هذا النسيان أو الإهمال هو عزلة المعوقين أنفسهم عن العالم الخارجي وعدم وعي الناس بمالديهم من مشكلات في التنقل، وعدم حديث الناس عنهم أو مطالبتهم بحقهم، إلى أن تبنى الكونجرس الأمريكي بالتعاون مع الجهات والهيئات المهتمة بالمعوقين القيام بحملة مكثفة للتوعية حول هذه المشكلة في الستينات من هذا القرن. وقد تمخض عن هذا التعاون قرار الكونجرس ١٩٦٥م بتشكيل اللجنة القومية للعوائق المعمارية (Architectural Barriers) وذلك بهدف إعداد برنامج تعليم قومي عام ومتخصص.

والآن تحاول الدول جاهدة تحرير البيئة الطبيعية من العوائق التي قد تعترض طريق المعوق وتحول بينه وبين ممارسة أنشطته أو عمله بشكل طبيعي أسوة بغيره من الأسوياء.

والكثير من الدول الآن أنشأت قوانين وتشريعات خاصة في المباني الحديثة الإنشاء بهدف خدمة المعوقين، وكذلك صممت وسائل للمواصلات

العامة وهيأتها لكي يستخدمها المعوقون ممن يستعملون الكراسي المتحركة مثلاً واستخدمت في ذلك وسائل وطرقاً مختلفة وبناءة.

الاتجاه الثالث: حركة الاستقلال المعيشي: Independent Living

الاستقلال المعيشي بأبسط صوره هو قدرة الإنسان المعوق على مزاولة أنشطة الرعاية الشخصية اليومية الخاصة واتخاذ القرارات رغم وجود حالة العجز لديه.

إذن فالاستقلالية، هي تحرر المعوق من الاعتماد غير الضروري أو غير المرغوب فيه من الأشخاص الآخرين المحيطين به وعلى البيئة التي يعيش فيها، وهنا فإن المشكلة لاتكمن في الفرد المعوق نفسه ولكن في البيئة المحيطة به لأنها هي أساس المشكلة.

وفي حين ينظر برنامج التأهيل العادي للفرد على أنه هو المشكلة، فإنه في برنامج الاستقلال المعيشي تكون البيئة هي محور المشكلة وهي التي يجب أن يتعامل معها.

فحل المشكلة في البرنامج العادي يكون عادة بتدخل المختصين باختلاف تخصصاتهم لعلاج الوضع بينما في برنامج المعيشة المستقلة يكون العلاج عن طريق إرشاد الآخرين، والدفاع عن المعوقين ومصالحهم، والمساعدة الذاتية، وإزالة العوائق البيئية بكافة أنواعها.

ويلاحظ في السنوات الأخيرة توجه العديد من الأجهزة المعنية بالمعوقين من مراكز وجمعيات ومؤسسات متخصصة، يلاحظ سعيها الجاد المتواصل لإيجاد برامج متخصصة ضمن برامجها لتدريب أسرة المعوق في كيفية تعاملها مع طفلها المعوق وتدريبه على أمور الحياة اليومية كدور مهم بالنسبة لها لتدريب وتعليم طفلها المعوق كيفية الاستقلال المعيشي، على الأقل في أمور الرعاية الشخصية اليومية التي يمكن أن يكون فيها معتمداً على نفسه.

الاتجاه الرابع: التطورات التقنية وأثرها: Technology Advances and its Effects:

لاأحد ينكر ماوصلت إليه التقنية الحديثة اليوم وما ساهمت به بشكل إيجابي في تقديم خدمات تقنية للمعوقين أو تحسين حياتهم، فجميع العوائق المحررة التي يسعى إليها المتخصصون ويسعون لتطبيقها لم تكن لتكون – بعد الله- لولا التقنية الحديثة والتطورات العلمية المستمرة التي ساهمت إلى حد كبير في تقليل تلك العوائق وتخفيف آثارها السلبية على المعوق.

وفيما يلي عرض موجز لأهم ماساهمت به التطورات التقنية في مجال تأهيل المعوقين:

١- أدت التطورات التقنية إلى تطوير الأجهزة التعويضية والأطراف الاصطناعية وأصبحت أكثر كفاءة وقدرة من ذي قبل.

٢- ساعدت على سهولة تنقل المعوق داخل المباني والمنازل والمداخل والأبواب، وخاصة تلك التي تتفتح بالاستشعار.

٣- كشفت عن إمكانية الكشف المبكر للكثير من الأمراض التي لم يكن بالإمكان معرفتها من قبل، بل ومتابعة تطور الحالة الباثولوجية.

٤- من خلال التقنية الحديثة أمكن تطوير الآلات الكاتبة التي يستخدمها المكفوفون للنقل من الطباعة العادية إلى البرايل والعكس. وكذلك استفادة المكفوفين من التطورات السريعة في أجهزة التسجيل التي أصبحت تعمل بسرعات مختلفة وتساعد الكفيف على استرجاع المادة المسجلة بسرعات غير السرعة العادية... الخ.

٥- أمكن استخدام الحاسب الآلي لخدمة المعوقين بشكل مذهل جداً ومتطور، ومن ذلك مثلاً أن المعوق المصاب بشلل رباعي بإمكانه أن يستخدم الكرسي المتحرك الذي يعمل ببطاريات ومن ثم يوجهه من خلال توجيهات

كلامية محددة، وإن كان هذا مكلف من الناحية المالية ولايمكن توفيره لأي معوق. كما تم الاستفادة من الحاسب الآلي في عمليات التوجيه المهني وذلك بإدخال معلومات مختلفة عن الفرد المعوق، وبالتالي الحصول على بيان بعدد كاف من المهن التي يمكن توجيه الفرد المعوق لها.

٦- كما أسهمت في الترويح عن المعوقين عن طريق وجود الفيديو وغيره، والأهم من ذلك أن التقنية الحديثة بتطوراتها المتسارعة قد ساعدت على تقدير الأداء الوظيفي لأجهزة الجسم المختلفة.

الاتجاه الخامس: الجهود التطوعية وجهود المتطوعين أنفسهم: Voluntary Efforts and Handicappeds Efforts themselves:

حيث إن عملية التأهيل بكافة أبعادها هي عملية متشابكة وتتطلب تضافر وجهود العديد من التخصصات المختلفة ضماناً للوصول لأكبر قدر ممكن من التأهيل، ونظراً لأن التأهيل يحتاج إلى بعد إنساني من البشر بهدف استيفاء بعض الخدمات المقدمة من المعوقين والتي لايمكن أن تلبي بطرق أخرى لأسباب مختلفة، فقد كان من الضروري أن توجد هناك جهود تطوعية منظمة أو مايسمى بـ{النشاط الأهلي} لتقديم خدمات متنوعة للمعوقين.

ولو أمعنا النظر في الكثير من الجمعيات الخيرية لوجدنا أن جزءًا كبيرًا من أنشطتها ومصروفاتها مخصصة للمعوقين على اختلاف درجة إعاقتهم وتنوعها، بل إن هناك جمعيات خيرية تطوعية مهمتها تقديم نوعية مميزة من الخدمات لفئة معينة من المرضى.

ففي المملكة العربية السعودية هناك جمعيات خيرية وصلت إلى مستوى العالمية من خلال خدماتها المتميزة للمعوقين ومن تلك الجمعيات المميزة المنظمة- التي يشار إليها بالبنان في خدماتها- جمعية الأطفال المعاقين بالرياض وفروعها بالمملكة، وجمعية النهضة النسائية الخيرية بالرياض، وجمعية الوفاء النسائية بالرياض، وكذلك الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية بجدة وغيرها كثير.

الاتجاه السادس: زيادة الجهود الدولية الموجهة نحو المعوقين: Increasing the International Efforts Towards the Handicapped:

مع التنامي المضطرد لأعداد المعوقين في العالم والاهتمام بمشكلاتهم في السنوات الأخيرة، فقد زاد الاهتمام بالمؤتمرات والندوات العلمية التي تعقدها هيئات علمية متخصصة والتي تبحث في مشكلات المعوقين وكيفية حلها.

ونظرًا لهذا الاهتمام فقد أنشئت عدة منظمات دولية لخدمة المعوقين والدفاع عن حقوقهم ومن تلك المنظمات:

- مكتب العمل الدولي ILO منظمة العمل الدولية، ويهتم أساساً بالجوانب المهنية للتأهيل – الجانب المهني- في حين أن الإدارة الاقتصادية والاجتماعية بالمنظمة تهتم بصفة أساسية بمشكلة المعوقين في شكلها العام وفي جوانبها المختلفة.
- الصندوق الدولي للطفولة UNICEF (يونسيف) ويولي اهتماماً كبيراً لمشكلات الأطفال المعوقين.
- اليونيسكو (منظمة التربية والعلوم) وتهتم بالمعوقين من زوايا التربية الخاصة.
- برنامج الأمم المتحدة للإنماء UNDP ويهتم بمساعدة الدول النامية على إنشاء مراكز نموذجية للتأهيل تعمل في بعض الأحيان على المستوى الإقليمي لتدريب متخصصين في مجال رعاية المعوقين في أقاليم العالم المختلفة.

وقد تم ذكر معظم المنظمات العاملة في مجال المعوقين في الفصل الرابع تحت عنوان ((الهيئات التي تعمل في ميدان المعوقين))

ولعل إعلان الأمم المتحدة عام ١٩٨١م عاماً دولياً للمعوقين يتوج تلك الجهود الدولية الرامية لتسليط الضوء على مشكلة الإعاقة والمعوقين والنهوض بالخدمات المقدمة لها.

الاتجاه السابع: التأهيل عن طريق المجتمع: Community Based Rehabilitation:

يدرك العاملون في مجال تأهيل المعوقين جيدًا مدى التكاليف الباهظة التي تتكلفها عملية إنشاء خدمات للمعوقين أو مراكز شاملة خاصة بهم، فإنشاء هذه الخدمات قد يكون سهلاً في منطقة جغرافية صغيرة نسبيًا أو ذات موارد مالية كافية، ولكننا حينما نتحدث عن مناطق جغرافية شاسعة وموارد متواضعة، فإن هذا يضاعف الجهد ويقلل من قيمة الكفاءة المقدمة للمعوق، ناهيك عن توفير اختصاصيين مهنيين يلبون احتياجات تلك المناطق الشاسعة، وإذا ماعرفنا أيضًا أن هناك نوعية كبيرة من المعوقين مصابة بعجز شديد وتتطلب خدمات شاملة، وإيوائية، ومتابعة مستمرة لأدركنا ذلك حجم الجهد المضني والتكلفة العالية، ولهذا السبب ظهرت بعض الاتجاهات التي تنادي بأن يستقل المعوق بنفسه ويندمج في مجتمعه بعد تدريبه على أمور حياته اليومية، بهدف الاعتماد على نفسه وفي نفس الوقت تقليل العبء على كاهل المراكز المتخصصة بالإعاقة، وبالتالي على الدولة. ومن تلك الأمثلة التي قامت في هذا المجال استخدام وحدات متنقلة Mobile Units تقدم الخدمات التأهيلية للمعوقين في مناطق معيشتهم.

عملية الدمج وتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة :

يعد دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من الموضوعات الهامة التي ينتج عنها تغير النظرة التقليدية لعملية التعليم والتي كانت تتم في مدارس خاصة بالمعاقين بما لا يسمح للمعاق بالتعامل أو التفاعل مع مجتمع العاديين، مما دفع المهتمين بشئون تعليم وتأهيل المعاق إلى إعادة النظر في الأسلوب المتبع في رعايته وتربيته، ومن هنا انبعثت فكرة دمج أو توحيد المجرى التعليمي Mainstreaming أو تكامل التعلم بالنسبة للمعاق مع الأطفال العاديين وبدأت فكرة عزل المعاقين بعيدا عن العاديين تلقى رفضا من بعض العلماء المتخصصين، وخصوصا إن المناهج التي تقدم للمعاقين ضعيفة ويقوم بتدريسها مدرسون من غير المتخصصين [٣٠] . ومن المسلمات التربوية المعروفة أن لكل طفل الحق في الحصول على قدر معين من التربية والتعليم، لا فرق في ذلك بين سوي ومعاق، كما أن أغراض التربية وأهدافها متماثلة بالنسبة لجميع الأطفال بالرغم من أن المتطلبات اللازمة لإتمام عملية التربية لكل طفل قد تختلف تبعا لقدراته وإمكاناته واستعداداته.

وقد أكدت الإحصائيات المنشورة بمنظمة الصحة العالمية (W.H.O) أن حوالي (١٪) على الأقل من جميع الأطفال يولدون بإعاقة بدنية أو عقلية أو يكتسبونها بالدرجة التي تجعلهم في حاجة ماسة إلى مساعدة خاصة من أجل ممارسة الحياة اليومية العادية [٣١] وقد تبين أن هذه النسبة قد تصل إلى ١٥٪ بل ٢٥٪ في بعض المناطق من دول العالم الثالث، وهذه التقارير تعد بمثابة ناقوس الخطر لمدى الكارثة التي سوف نواجهها في مستقبل حياتنا بفقد نسبة ليست بالقليلة من سكان المجتمع، تعيش في عزلة عن مجريات الأمور، ولا يسعى المجتمع إلى اشتراكها في حياته العامة.

وإذا كانت منظمة الصحة العالمية ترفع شعار " الصحة للجميع " إستراتيجية للصحة مع مطلع القرن الحادي والعشرين فإن هذا الشعار لم يجد طريقة

للمساواة بين الشخص المعاق والسوي، وما يزال المعاقون في معظم أنحاء العالم يعانون من مشكلات تتعلق بحصولهم على الخدمات التربوية والاجتماعية والصحية التي يحتاجون إليها.

ويكفي للتدليل على ذلك أن منظمة الصحة العالمية تقدر بأن الخدمات التي تقدمها المدارس الخاصة في الوقت الراهن لا تلبي سوى نسبة تتراوح بين (١٪) إلى (٣٪) من احتياجات الأشخاص المعاقين الذين يحتاجون إلى التأهيل في البلدان النامية أكثر من ذلك نجد أن نسبة المعوقين في المؤسسات الخاصة في معظم بلدان العالم (فيما عدا الولايات المتحدة الأمريكية وبعض دول أوروبا لا تتجاوز (٥٪) وبعبارة أخري فهناك (٩٥٪) تقريبا من المعوقين في تلك البلاد لا يتلقون رعاية منظمة

وفي إطار هذه الحقائق ومع التسليم بأن التفوق في حد ذاته ليس له دور يذكر في حياة الفرد من المعوقين، بقدر ما يكون لاتجاهات المجتمع والأفراد المحيطين به دورهم في اضطراب حياته النفسية بسبب الإشفاق عليه والإعفاء من المسئولية، والإشعار المستمر بعدم القدرة والحد والحرمان من الحياة الطبيعية وإبراز جوانب العجز فيه وإهمال جوانب القوة فيه، مما يزيد حالته النفسية تعقيدا ويجعل المعاق أميل وأسرع إلى العزلة وتحاشي الصدام الاجتماعي أو المناقشة حتى مع من يشبهونه في جوانب العجز أو نواحي القصور الجسمي أو العقلي، وهنا يجب إشباع الحاجات الأساسية كالحاجة إلى الأمن والحاجة إلى الشعور بالنجاح والحاجة إلى إثبات الذات والحاجة إلى الحب والتواد حتى يستعيد المعاق توازنه النفسي بينة وبين البيئة .

من هنا برزت على الساحة قضية الدمج الاجتماعي والأكاديمي كإستراتيجية تربوية بديلة أصبحت معظم بلدان العالم المتقدمة تأخذ بها بأمل أن يؤدي الفهم الأكبر لأوضاعهم إلى قبولهم ومراعاة احتياجاتهم المتنوعة في مدارسنا ومجتمعنا بهدف التمكين الاجتماعي لهم.

وعي المجتمع بمتطلبات ذوي الاحتياجات الخاصة :

لقد أدى الالتفات إلى الأهمية البالغة لمفهوم رأس المال البشري ودوره في نهضة المجتمع وتقدمه إلى إعطاء أولوية متقدمة للتنمية البشرية في مجالات مثل رعاية الفقراء المهمشين وذوي الاحتياجات الخاصة وغيرهم كي نستفيد بما لديهم من طاقات وتركيزنا هنا على ذوي الاحتياجات الخاصة فلكي نمكن لهم داخل المجتمع لا بد من تأهيلهم وتعليمهم وإدماجهم في مجتمعهم كقوى منتجة وفاعلة. فذوو الاحتياجات الخاصة مصطلح يشمل كل الفئات التي تحتاج إلى نوع خاص من الرعاية سواء كانت جسمية أو نفسية أو اجتماعية أو تربوية وتختلف قضايا ومشكلات وطرق رعاية كل فئة من هذه الفئات لاختلاف احتياجاتهم.

إن من أهم متطلبات تمكين ذوي الاحتياجات الخاصة هي توفير كافة أشكال المساندة الاجتماعية والخدمات الصحية لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة لخفض مستويات الضغوط النفسية الواقعة على هذه الأسر.

وتشير " fahmeeda wahab " إلى أن ذوي الاحتياجات الخاصة يتعرضون في كافة المجتمعات إلى مختلف صور التمييز السلبي وخاصة الاستبعاد من كافة فعاليات وخبرات الحياة الاجتماعية ، وتعد الإناث أكثر فئات المعاقين تعرضا للإهمال والتجاهل بصورة خاصة في المجتمعات النامية ، وفي المناطق الريفية وترصد " fahmeeda " الكثير من صور التحيز السلبي ضد النساء المعاقات في الدول النامية في آسيا منها : قلة الدعم المادي المخصص للإنفاق في مجال تعليم الأطفال والمراهقين من الإناث المعاقات، إضافة إلى عدم تأهيلهم بالصورة الكافية لدمجهم في المجتمع وبناء علية تترك المرأة المعاقة على هامش المجتمع تعاني من العزلة الاجتماعية والنفسية وتتعرض للنبذ والإهمال الاجتماعي وينظر إليها بوصفها عبئ على المجتمع ويدلل على ذلك الكثير من الإحصائيات التي تظهر بوضوح الظلم الاجتماعي البين الواقع على النساء المعاقات في العديد من الدول الآسيوية .

وترجع ذلك إلى القصور في التشريعات القانونية المتعلقة بتعليم ورعاية هذه الفئة وهي تعد من ضمن أهم الأسباب التي ترتبط بهذا الظلم الاجتماعي وتؤكد بناء على ذلك على ضرورة إدخال تشريعات قانونية تدعم حق هذه الفئة وتمكن لهم فرص متكافئة(٣٩) وأحيانًا ما تتسم النظرة إلى وصول طفل معوق في الأسرة بالخوف والقلق والشعور بحلول كارثة .. وقد تعمد الأسرة إلى عزل الطفل المعوق عن البيئة المحيطة (الخوف علية من عدم التكيف، التجنب لما يرتبط بتدريبه وتعليمه وخدمته، الصعوبات والمشاكل المترتبة على ذلك الوقت والجهد) – وقد يكون للأسرة بعض العذر في ذلك – غير أن ما يجب الإشارة إليه هو أن آثار الإعاقة السلبية تؤثر تأثيرا عميقا في نفسية المعوق، وأنه إذا ما عزل فسوف يحرم من فرص استخدام ما لديه من قدرات واستعدادات ومهارات وتستطيع الأسرة إذا ما تقبلت الطفل المعوق بشكل طبيعي أن تساعده على تقدير نفسه بشكل واقعي والتخطيط لحياته أو تقييم قدراته واستعداداته بصورة صحيحة دون زيادة أو نقصان.

وقد نبهت نتائج البحوث التربوية إلى أهمية المشاركة الكاملة للأسرة لما لها من آثار إيجابية وفعالة في تحقيق التوافق الاجتماعي والإنجاز والتحصيل التعليمي لهؤلاء الأطفال

وهنا تطرح قضية العلاقات المتداخلة بين مستوى التحصيل الدراسي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والنموذج الاجتماعي والانفعالي لهم؛ إذ يمكن التأكد بصفة عامة على أن ذوي الاحتياجات الخاصة – يتعلمون بصورة أفضل حال تواجدهم في بيئة تفاعل اجتماعي يشعرون فيها بالأمن والقيمة والثقة في المعلمين والتفاهم التام والتقبل للتنوع والاختلافات في القدرات والخصائص بينهم وبين الأطفال العاديين ويعد الاهتمام بالسياق أو المناخ الاجتماعي والانفعالي للتعلم من القضايا ذات التأثير الفعّال.

ويعد التعليم من أهم أساليب التمكين؛ إذ تعتمد عملية التعليم ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة بصورة أساسية على ما يعرف " بالخطة التربوية التعليمية Individual Educational plan (IEP) ويقصد بها أن تعلم ذوي الاحتياجات الخاصة يجب أن يعتمد على أسلوب تفريد التعليم فلكل طفل احتياجات تعليمية خاصة يفترض أن تقوم مناهج وطرق التعليم على تلبيتها وذلك من خلال طرق التدريس الخاصة التي تعكس التنوع في المداخل المستخدمة لتحقيق أو تلبية الاحتياجات التعليمية الخاصة للتلاميذ غير العاديين في فصول التعليم سواء أكانت ضمن إطار ما يعرف بالتربية العادية أو التربية الخاصة.

وهناك خبرات ناجحة لم يتم الاستفادة منها كخبرات الأزهر الشريف في رعاية المكفوفين بجانب أقرانهم الأسوياء ودمجهم داخل المجتمع العادي والذي نادى به ديننا الحنيف.

يشير (ألفرد أدلر) الذي تأثر بوجهة النظر الاجتماعية التي تنادي بأن العوامل الثقافية والعلاقات الاجتماعية السائدة في البيئة والعناصر المكونة لها هي المؤثر الأول على السلوك، ولا يعني ذلك إنكار الدور الذي تلعبه العوامل الفطرية والقدرات الطبيعية والاستعدادات الجسمية، إلا أن ما يهمنا بالدرجة الأولى لتحقيق التمكين الاجتماعي هو التأكيد على تأثير البيئة الاجتماعية والعوامل الثقافية على الطريقة التي يستخدم بها الفرد قدراته واستعداداته

ويرى الأفراد المعاقين الراشدين المدافعين عن تطبيق وتنفيذ تشريعات ما يعرف بقانون الحق في التربية لكل المعاقين أن العجز في حد ذاته لا يؤدي بالضرورة وتلقائيا إلى الإعاقة والاتجاهات الاجتماعية والتصورات النمطية الجامدة وظروف الإسكان والنقل وغيرها من المعوقات الاجتماعية التي تسهم في تحويل القصور أو العجز إلى إعاقة حقيقية تحد من المشاركة في فعاليات وخبرات الحياة الاجتماعية.

إن قضية تمكين ذوي الاحتياجات الخاصة ودمجهم في المجتمع اندماجا كليا هي قضية إنسانية تتعلق بالمجتمع ككل وتحتاج إلى كامل جهوده حتى يتحقق الإقبال الجماهيري والوعي بها وإزالة المعوقات والاتجاهات السائدة التي تعزز المفاهيم الاجتماعية الخاطئة التي ترى أن الإعاقة مصدرا من مصادر النقص التي تحط من قدر صاحبها .لأن الناس بطبيعتها تكره المواقف التي تؤثر فيها انفعاليا وتجعلها تشعر بعدم الراحة وبالتالي الابتعاد عن مصدر القلق أو على أحسن تقدير لا يملكون – لأن الناس لم تتعلم بعد كيفية التفاهم مع المعوق بشكل سليم ومقبول بدلاً من البعد عنه وتحاشيه – إلا أن يشعروا حيال المعوق بالرثاء دون أن تسمح لهم خبرتهم بعمل شيء إيجابي تجاه المعوق – إلا أن يشعروا حيال المعوق . كما أن الإنسان بطبيعته يخشى ما لا يفهمه ويهاب الشيء الجديد أو غير المفهوم والمألوف فمن يشاهد مريضا صرعيا أثناء النوبة الصرعية لأول مرة أو مصابا بالشلل المخي وهو يعاني من التشنجات قد يشعر بردة فعل سلبية تجاه ما يرى لأنه لا يفهم له تفسيرا أو تعليلا مما يجعله يقف موقف العاجز الذي لا يدري ما يفعل وقد يسارع بالابتعاد عن الموقف .

ويذهب William Roth إلى أن إعاقة مثل الشلل المخي لا يعد مأساة أو كارثة ويقول أن للبيئة دلالة أكثر أهمية من التكوين الجيني، مثال ذلك الشخص الفقير الذي يعيش في منزل غير جيد التهوية ومحاط بمصادر التلوث (الرصاص مثلاً) ويصعب التحكم في درجة الحرارة وهو غير قادر فى نفس الوقت على تقديم الخدمات الطبية لأطفاله والتي تعد الانتصار الحقيقي للطب الحديث، لاشك أن تواجد الأطفال في مثل هذه الظروف يفضى إلى معاناتهم من إعاقات شديدة وتلقى هذه التصورات مسئوليات جسام على المجتمع لتغيير مختلف الظروف المجتمعية التي تفضي إلى الإعاقة أو التي تعمق حالة الإعاقة لدى المصابين بها .

ففي ألمانيا (على سبيل المثال) يتمتع المعوقون بالمساواة مع سائر المواطنين ولهم كل الحقوق والمجتمع لا يحرمهم أو يعوق حركتهم حيث يتكامل المعوقين مع المجتمع على أساس برنامج حكومي شامل وجامع يقدم لهم إجراءات تنسيقية في مجالات مختلفة من الحياة الاجتماعية في مجال الصحة العامة والرفاهية

الاجتماعية والتعليم العام والعمل والثقافة بالإضافة إلى التعرف المبكر وتعليم الأطفال المعوقين بدنياً وعقلياً وتوضح نمو عملية تحقيق الأهداف العامة للتعليم سواء بطريقة كاملة أو حسب ظروف الإعاقة وشدتها . ويعتبر تعليم المعوقين في الدنمراك ضمن النظام التعليمي العادي واندماجهم في الحياة المدرسية . وتقوم سياسة المدرسة وسياسة المجتمع على خلق صلات وثيقة بين الناس على حد سواء لا فرق بين العاديين منهم والمعوقين . ونجد في إيطاليا القانون ينص على التعليم الإلزامي للأطفال المعاقين مع الأسوياء باستثناء حالات الإعاقة الحادة والتي تعوق الإدماج في الفصول العادية

ولقد توصلت نتائج البحوث والدراسات السابقة من أن البرامج الموجهة لهؤلاء الأطفال أثبتت كفاءتها وفاعليتها في تنشيط قدراتهم العقلية وتحسين مستوى كفاءتهم الشخصية والاجتماعية وتمكينهم من الانخراط في علاقات وتفاعلات اجتماعية مثمرة مع أقرانهم من العاديين.

ويستخدم أسلوب العلاج الجماعي في علاج الكثير من المشكلات التي تعانيها الأسرة، حيث تمثل الجماعة أداة فعالة لعلاج الكثير من المواقف وذلك بتكوين جماعات للمساعدة الذاتية حيث أن هذه الجماعات تتكون من أسر لديها اهتمامات مشتركة ويأتون معاً في فترة زمنية معينة ويقوم كل منهم بمساعدة الآخر والعمل على حل مشاكله وتعتبر الخبرة الجماعية جزء مهم في حياة الفرد فاشتراك الأسر الذين يعانون من مشكلات نوعيه في جماعة واحدة يعطى إحساسا بالأمن . حيث تشعر كل أسرة بأنها ليست وحدها التي تعانى من تلك

المشكلات أو الضغوط وإنما يشاركها آخرون مثلها ، وذلك يعزز من استعداد كل منهم لمواجهة تلك المشكلات[٥١] .

إشكالية الإعاشة والسكن :- يعمل المعلمون مع الآباء ورجال الأعمال وهيئات المجتمع لتحسين نوعية حياة ذوي الاحتياجات الخاصة على المستوى المجتمعي أو على المستوى المنزلي فبعد إكمال مشوار التعليم نجد السؤال يفرض نفسه .. أين يفضل أن يعيش الأفراد المعاقين ؟ . فبعد الانتقال من المدرسة إلى عالم العمل يتضمن التعامل مع العديد من الإشكاليات أهمها ازدياد مسئولية ذوي الاحتياجات الخاصة في الاعتماد على أنفسهم . وهل يعنى ذلك أنهم سيظلون معتمدين على آبائهم أم سيكونوا قادرين على العيش بصورة مستقلة . ففي الماضي كان يعيش الأشخاص ذوي الإعاقات المتوسطة والشديدة في مؤسسات إيواء كامل .

وتوجد الآن خيارات أخرى متاحة لمن لا يرغب من المعاقين في العيش مع اسرته في المنزل منها :-

- البيوت المجتمعية : وهي بيئة أقل تقييدا اقتضت العيش في مؤسسات اجتماعية تتشابه إلى حد ما مع ترتيبات الحياة العادية كلما أمكن .
- بيوت التبني : يعيش بعض المعاقين في أسر بديلة توفر لهم رعاية مؤقته إلى أن يتم توفير ظروف حياة طبيعية بديله لهم . وتوفر بيوت التبني خبرات حياة ايجابية للمعاقين مثل المشاركة في الخبرات الأسرية العادية وتكوين صداقات ايجابية .
- العيش بصورة مستقلة : وهي تتيح فرص كبرى للمشاركة الاجتماعية الطبيعية، وهذا الأمر قد لا يتاح للكثير من ذوي الاحتياجات الخاصة خاصة ذوي الإعاقات المتوسطة والشديدة منها.
- المؤسسات : وتوفرها الدول لمن لا يستطيعون العيش بصورة مستقلة.

المبحث الثاني:

التأهيل والتنمية المستدامة

لما كانت الأنثروبولوجيا تهتم بدراسة الإنسان باعتباره كائنًا حيًّا بيولوجيًّا، اجتماعيًّا، ثقافيًّا . فإن الشخص المعاق هو في المحل الأول إنسان مثله مثل الشخص السوي له مكانه في المجتمع ودور يؤديه وحقوق والتزامات وذلك في حدود قدراته.

ويعاني المعاق من العزلة وعدم الاندماج في المجتمع لأنه غير قادر على أداء دوره. وتعني العزلة المرض ويعنى المرض الإعاقة التي تتنوع طبقاً لنوع العجز الذي يعانى منه الشخص المعاق – والعجز أنواع فقد يكون تلف في أعضاء الجسم أو العقل – وقد يكون تلفاً مركباً أصاب أكثر من عضو من أعضاء الجسم. وقد يرجع هذا التلف الذى أصاب الجسم والعقل راجعًا إلى أسباب قد تكون وراثية، بيئية أو ثقافية.

ويختلف أفراد المجتمع في الشكل، اللون، الوزن، الطول، والذكاء، والقدرات، والنشاط، وهذا الاختلاف لا يرجع إلى العوامل البيولوجية وحدها، وإنما يؤخذ في الاعتبار العوامل الاجتماعية الثقافية.

وترتكز التنمية المستدامة على التوازن بين البيئة والموارد الاقتصادية والبشرية. والبيئة طبيعية كانت أو ثقافية اجتماعية تؤثر في تشكيل حياة الناس والمجتمع والثقافة والصحة والمرض.

وقد يكون للبيئة الشاملة التي عاش فيها الطفل قبل وبعد الميلاد أثر في حدوث الإعاقة وتطورها لتكون عجز يعوق الطفل عن أداء دوره. ذلك لأن البيئة لها مخاطرها على الصحة والمرض.

وتهتم التنمية المستدامة بالطفل المعاق باعتباره طاقة بشرية معطلة تحتاج إلى تنميتها للاستفادة بكل الطاقات البشرية وحتى لا تكون عبئاً على التنمية ويتم

ذلك عن طريق رعاية الطفل المعاق وتدريبه لتحويله إلى طاقة فاعلة في حدود قدراته وإدماجه وإعادة انتمائه إلى المجتمع وتحسين علاقاته.

ويحدد التعريف الاجتماعي الضعف العقلي أو التأخر العقلي الذي يصاب به فئة يواجه أفرادها صعوبات في التكيف الاجتماعي مع البيئة التي يعيشون فيها. ولا يساهمون في حل مشاكلهم – وذلك لتأخرهم العقلي سواء كان لأسباب أولية أو ثانوية – ويكونوا غير قادرين على مساعدة أنفسهم اجتماعيا ومهنياً دون إشراف وملاحظة.

ويصنف التأخر العقلي كميًّا وكيفيًّا في ثلاث فئات .

الفئة الأولى :

تلك الفئة التي يتراوح ذكائها من ٥٠ – ٧٠ وتتميز هذه الفئة بأن نموها العقلي يكون بطيئاً وتكون غير قادرة على الاستفادة من البرنامج المدرسي العادي في المرحلة الأولى من التعليم – ولكن يمكنها التعلم في فصول خاصة – كما يمكنها تعلم بعض المهارات النظرية كالقراءة والكتابة – والعمليات الحسابية البسيطة ويمكنها كسب قوتها في سن السادسة عشر.

وتعلم بعض الأعمال المتوسطة المهارة لكسب العيش وتتميز بصعوبة التكيف مع المواقف الجديدة الخارجة عن نطاق الخبرة السابقة. ويفتقدون التمييز بين الخطأ والصواب، وتظهر لديهم الدوافع غير الاجتماعية يطلق على هذه الفئة – المتأخرون عقلياً أو المورون Fealile minded أو Mental retarodet

الفئة الثانية :

أكثر تأخرًا من الفئة الأولى يترواح ذكائها ما بين ٢٥ – ٥٠ ويطلق عليها فئة البلهاء Imbeciles .

وتتميز هذه الفئة بأنها غير قادرة على الاستفادة من البرنامج المدرسي – ويمكنها قراءة كلمات من مقطع واحد ، وتهجى كلمات من حرفين أو ثلاث

ويمكنها القيام بعمليات حسابية بسيطة مثل الجمع والطرح بوحدات صغيرة. وتحصيلهم اللغوي محدود.

يمكن تعليمها كيف تحمي نفسها من الأخطار وأفرادها محتاجين للرعاية والإشراف الدائم وهم غير قادرين على كسب قوتهم.

<u>الفئة الثالثة :</u>

نسبة ذكاء هذه الفئة لا تزيد عن ٢٥ ويطلق عليهم مفهوم المعتوهين Idiot وتعاني هذه الفئة من الإصابة بعاهات جسمية وحسية ويعتمد أفرادها كلية على الآخرين. كما لا يمكنهم التدرب على العناية بأنفسهم وهم محتاجون إلى المساعدة الدائمة، ورعاية حاجاتهم الشخصية، وإلى الرعاية والملاحظة طوال حياتهم. ويحتاجون إلى مساعدتهم في ارتداء ملابسهم وإطعامهم، ولا يستطيعون حماية أنفسهم من الأخطار، كما أنهم غير قادرين على المشاركة الاجتماعية – فقدرتهم اللغوية ضعيفة، يمكنهم أن يتكلموا كلمات من مقطع واحد ولا يمكنهم القيام بأي عمل.

ترجع أسباب الإعاقة الذهنية إلى العوامل البيئية والثقافية الاجتماعية لا إلى العوامل الوراثية ذلك لأن الضعف العقلي لا يورث فهو راجع إلى عوامل مكتسبة من البيئة وهذه العوامل لا تحدث تغييراً جوهرياً في الخلايا لأن تأثيرها يحدث بعد عملية الإخصاب والتكوين الجنيني – فقد يحدث نتيجة إضطرابات في الغدد الصماء، إصابة المخ وجرحه باستخدام آلات حادة في الولادة المتعثرة، اضطرابات في الغدة الدرقية، إصابة الجمجمة، الحميات والالتهابات، الإصابة ببعض الأمراض مثل الأنيميا، التيفوئيد، الحمى الشوكية والحصبة الألمانية.

وكل هذه الأسباب ناجمة عن البيئة. إلى جانب ذلك أي عارض يطرأ على الجنين والأم الحامل يؤدي إلى الإصابة بالتأخر العقلي نتيجة تناول العقاقير أثناء الحمل أو بعد الولادة، تعاطي الخمور، تعرض الأم أثناء الحمل للإكتئاب، الحزن الشديد، العصبية والانفعالات الشديدة هذا إلى جانب الظروف الصحية.

تؤثر البيئة المنزلية والمدرسة على نمو الذكاء والإصابة بالتأخر العقلي حيث يكون للاستقرار في الحياة العائلية أثر في نمو الذكاء خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة وفي مرحلة الحضانة والمرحلة الابتدائية. فالأسرة والمدرسة يقومان بعملية الغرس الثقافي لإعداد الطفل للحياة الاجتماعية وتحديد الدور الذى يقوم به.

ويكون للحالة الصحية أثراً واضحاً في التحصيل الدراسي وتكرار الغياب هذا إلى جانب الظروف الاقتصادية ودور التغذية.

وتؤثر العزلة الثقافية على النمو العقلي إلى جانب التربية في تعديل السلوك.

يكون لكل هذه العوامل أثراً واضح قد يكون مباشراً في حدوث التأخر العقلي خاصة لفئة المتأخرين عقلياً المورون.

وتمثل العائلة البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الطفل ويكون لها دوراً فعالاً في عملية الغرس الثقافي التي تستمر طول الحياة – وتعمل على حمايته منذ الميلاد من الأمراض الجسمية والنفسية، وتشكيل شخصية الطفل. وتتفاعل الجماعة العائلية معاً ليصبح الفرد البيولوجي شخصاً ويتضح له الدور الذي يؤديه في الحياة. ولكن الأطفال الذين يعانون من الإعاقة عامة، والإعاقة الذهنية خاصة لا يؤدون دورهم لعدم القدرة على أدائه.

وقد أوضحت البحوث الميدانية في مصر أسباب الإعاقة الذهنية والتي يمكن تلخيصها في الإهمال في علاج الأمراض، الإصابة بالحمى بأنواعها والمعروفة محلياً (السخونة) – كثرة الأمراض منذ الميلاد وتعاطى الكثير من الأدوية. كذلك كثرة تعاطي الأدوية أثناء الحمل، استخدام الأدوية التي انتهت صلاحيتها هذا إلى جانب الفارق الزمني بين حدوث الإعاقة واكتشافها يعد من العوامل المباشرة في حدوث الإعاقة، فكلما كان الفارق الزمني قصيرًا كان لذلك أثره في الحد من الإعاقة وسرعة مواجهتها.

وتعد الأمية الثقافية من العوامل الهامة في حدوث الإعاقة الذهنية فغالبية الحالات قد حدثت نتيجة العوامل البيئية المكتسبة بعد الميلاد.

وتلعب الأم دورًا إيجابيًّا وسلبيًّا في نفس الوقت في حدوث الإعاقة عامة والذهنية خاصة إذ تعتبر علاقة الأم بالطفل المعاق من أهم العلاقات فهي تمثل أهم الشخصيات التي يرتبط بها فهي تقدم له المساعدة والحب والحنان وفي نفس الوقت قد تكون العامل الأساسي في حدوث الإعاقة وذلك لنقص المعرفة لديها ، وعدم الوعي بخطورة المرض والعواقب المترتبة عليه. مثل تلوث المياه، وعدم النظافة ، وكثرة الذباب، تؤدي إلى حدوث أمراض الإسهال، ويؤدي التهاب اللوز واحتقانها إلى الإصابة بالحمى الروماتيزمية وإهمال علاجها يؤدي إلى الإصابة بأمراض القلب كما يؤدي الانسحاب من المجتمع والعزلة على اعتبار أن الإعاقة تعد وصمة للأسرة. وعدم التفكير في مستقبل الطفل للاعتقاد السائد بأن الطفل المعاق يرزقه الله ويتولى أمره لذلك لابد أن يترك أمره إلى الله.

لذلك تعد الأمية الثقافية من العوامل الهامة في حدوث الإعاقة الذهنية. لذلك لابد من التركيز على محو الأمية الثقافية خاصة لدى الأم فالنمو العقلي يتأثر بالبيئة الاجتماعية التي يتربى فيها الطفل.

لما كانت الإعاقة الذهنية تمثل مشكلة يعاني منها الطفل وعائلته من حيث كونها مرض أصاب الطفل فحد من قدرته، وطاقاته كعضو في المجتمع له دور وعلاقات ومسئوليات نحو نفسه، ونحو المجتمع الذي يعيش فيه فإن التنمية المستدامة للطفل المعاق كمورد من الموارد البشرية تركز الاهتمام على تنمية ما لديه من قدرات.

ويتم ذلك عن طريق التدريب الاجتماعي لإعادة إدماجه في المجتمع لأخذ مكانه في البناء الاجتماعي الذي يتضمن الجماعات الاجتماعية التي ينتظم فيها الأفراد في علاقات اجتماعية محددة.

ويتضمن البناء الاجتماعي أنماطًا مختلفة من الجماعات مثل :

جماعة السن، النوع، الجيرة، المدرسة، اللعب، وينتمي الأطفال إلى هذه الجماعات وفقاً لقدراتهم على أداء دورهم حسب نوع الإعاقة الذهنية.

ويكون للتدريب الاجتماعي أثر هام في تنمية قدرات المعاقين وذلك بالانتماء – فهذا الانتماء يحولهم إلى مواطنين مساويين لغيرهم، ويحولهم من العزلة إلى المشاركة في الأنشطة المجتمعية المناسبة لقدراتهم فالفرد الذي يزداد نشاطه الاجتماعي ويشارك في حياة الجماعة ولا يؤثر في وجوده الاجتماعي أن يكون معاقًا.

وتحتاج رعاية المعاقين ذهنيًا إلى تضافر جهود المتخصصين في مختلف المجالات الاجتماعية، النفسية، الطبية، والمهنية. فالمعرفة الاجتماعية ضرورية في مختلف المجالات.

ويركز التدريب الاجتماعي على :

١. المظهر العام للطفل المعاق
٢. التدريب على بعض الممارسات للحفاظ على المظهر العام
٣. التدريب داخل مؤسسات الرعاية أو الرعاية المنزلية على بعض الممارسات اليومية لاكتساب عادات اجتماعية.
٤. إعداد برنامج مدرسي خاص يتناسب وظروف الطفل المعاق ذهنياً.
٥. إعداد برنامج مهني داخل مؤسسات الرعاية وخارجها يمكنه من الاعتماد على نفسه لكسب عيشه.
٦. تكوين جماعات نشاط لإلحاق الطفل بها والمشاركة في مختلف الأنشطة وفقاً لنوع الإعاقة الذهنية وقدرات الطفل.
٧. ربط الطفل بالعالم الخارجي للقضاء على العزلة للعودة إلى البيئة الطبيعية والاجتماعية.

يعتبر الشخص المعاق مجالاً هامًّا من مجالات اهتمام أنثربولوجيا الطفل – التي تركز الاهتمام على دراسة الطفل من كل الجوانب الاجتماعية، الثقافية، النفسية، والبيولوجية للتعرف على حاجاته ومشكلاته.

كما يعتبر موضع اهتمام أنثربولوجيا التنمية باعتبار الطفل المعاق طاقة بشرية معطلة يجب تنميتها لزيادة الموارد البشرية اللازمة لتحقيق التنمية المستدامة وذلك برعاية المعاق.

وقد اهتمت الأنثربولوجيا الإجرائية بدراسة مشكلة الإعاقة لتحديد طبيعتها عن طريق الدراسات المتعمقة تقوم على الواقع لمعرفة أسبابها وتقدير حجمها، والتعرف على المشاكل الناجمة عنها للتوصل الى حلول لها باتخاذ الإجراءات اللازمة للحد من الإعاقة ومعالجة أسبابها ووضع البرامج اللازمة لذلك.

وقد اعتُمد على الباحث الأنثربولوجي في دراسة الإعاقة لا في دراسة المشكلة فحسب وإنما التدخل لتحسين ظروف المجتمع والفئات التي تعاني من المشكلة فالتدخل من جانب الباحث الأنثربولوجي منعًا للتدخل من جانب الباحث الأنثربولوجي يكون ضرورياً لكسب قبول الناس ومساعدة الناس الذين يعانون من المشكلات لا بالنسبة للمعاق وحده وإنما لأسرته والمحيطين به.

وقد استخدم المدخل الأنثربولوجى في دراسة الإعاقة في مصر في عدد من المجتمعات للتعرف على طبيعة الشخص المعاق منذ بداية تكوينه وتاريخ تطوره قبل وبعد الميلاد ودراسة المعاق من حيث كونه مركزاً لشبكة علاقات تبدأ من البيئة الاجتماعية التي تشمل الأسرة والعلاقات الاجتماعية داخلها وخارجها، والجماعات التي ينتمي إليها، وعلاقاته وأدواره، ومكانته، وعزلته واندماجه والتعرف على أسباب الإعاقة من رؤية أفراد المجتمع، ورؤيتهم للطفل المعاق والمفاهيم المستخدمة محليًّا عن الطفل المعاق.

الفصل الرابع

تأهيل المعاقين والواقع العربي

المبحث الأول:الإستراتيجية العربية لتأهيل المكفوفين

(الصادرة عن الاتحاد العربي للمكفوفين).

المبحث الثاني: مصر والسعودية كنموذجين لتأهيل المعاقين في

الوطن العربي.

المبحث الأول:الإستراتيجية العربية لتأهيل المكفوفين

(الصادرة عن الاتحاد العربي للمكفوفين).

تشكل رعاية وتأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة عمومًا والمكفوفين خصوصًا ضمن العمل الاجتماعي الإدارة والوسيلة في كلا جانبي التنمية المستدامة بشقيها (الاقتصادي – والاجتماعي)، بهدف تنظيم إسهام جميع فئات المجتمع في تغيير صورة الحياة لهؤلاء، اضطلع الإتحاد العربي للمكفوفين بوضع هذه الإستراتيجية استشعاراً منه لما كانت عليه مسيرة رعاية هذه الشريحة من المعاقين خلال الفترات الماضية والتي غلب عليها الدور العلاجي بدلاً من الدور الوقائي والتنموي .

ولما كانت الإستراتيجية هي مجموعة الخيارات والمحاور والمسارات التي تصاغ على ضوء الخصائص والاحتياجات والإمكانيات والطموحات الأوسع في الرؤيا المستقبلية بهدف مواكبة التطورات في العالم والتي بالتأكيد تترك أثارها المستجدة على عالمنا العربي، فكان لزامًا على الاتحاد أن ينظم خططه ضمن إستراتيجية لعمله المستقبلي محدده الأهداف القريبة منها والمتوسطة المدى التي يؤدي تحقيقها إلى الغايات الإستراتيجية ذات المدى البعيد ..

ومن هنا تكون سلامة التصور لتخطيط المسارات المختارة للوصول إلى منهجية مبنية على رؤية مستقبلية لعمل الإتحاد في التغيير والبناء لاوجة رعاية المكفوفين في وطننا العربي، وفق النظرية التحليلية التقويمية للواقع المراد النهوض به في مجال الخدمات التي تقدم في الدول الأعضاء، وعلى ضوء مرجعيات المبادئ والأدبيات والتقارير والإعلانات والوثائق والعقود والنشرات والمطبوعات الصادرة من الجهات والمؤسسات المعنية أو من توصيات المؤتمرات والندوات وورش العمل التي تناقش هذه الخدمات ومستوياتها الصادرة من قبل

جامعة الدول العربية ومجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية لدول مجلس التعاون الخليجي والوزارات المعنية الهادفة إلى التغيير والتطوير لواقع هذه الخدمات، مما يساعد على تقييم مرحلة الماضي بكل ما احتوته من برامج ومشروعات وانجازات وذلك للوقوف على التحديات والصعوبات وكذلك ايجابيات هذه المرحلة للاسترشاد بهذا التقييم في أعداد الإستراتيجية وتبنى على ذلك ليتسنى الانطلاق حسب الأولويات الواردة في خططها التنفيذية للرؤية المستقبلية المأمولة، إضافة إلى ما تهدف إليه هذه الإستراتيجية لتحقيق التكامل بين جهود العمل المشترك بين الدول العربية، من هذا المنطلق وجد الإتحاد نفسه أمام المسئولية التي اعتمدت بموجب مرجعياتها القانونية والتنظيمية والمجتمعية للخروج بإستراتيجية عملية علمية لخطط تسهم في بناء تطوير الخدمات ورفع مستوي أدائها وتوفر وتنوع مصادرها وبرامجها التي تقدم للمكفوفين في وطننا العربي لتغطية الحاجات المتزايدة في المجتمع.

وانطلاقاً من مسئولية الاتحاد العربي للمكفوفين بتنمية وتطوير برامج رعاية وتأهيل المكفوفين المتنوعة ورفع مستوي الأداء فيها ورسم التطلعات المأمولة لتحسين مستوي تلك الخدمات بالتنسيق مع الجهات والمؤسسات ذات العلاقة على مستوي الوطن العربي، وفق مبادئ حقوق هذه الفئات من المعوقين فكان لزامًا على الاتحاد وضع إستراتيجية لعملة تكون بمثابة إطار موجه لرسم الطريق لما يمكن اتخاذه من خطوات في مختلف مجالات هذا العمل.

تتكون هذه الإستراتيجية من التمهيد والمقدمة والوضع الراهن وفق حجم ظاهرة المكفوفين في الدول العربية - التحديات - منطلقات الإستراتيجية – الرؤية – أهداف الإستراتيجية – محاور وسياسات الإستراتيجية.

وتعتمد الإستراتيجية النهج العلمي التنموي القائم على استكشاف الواقع ودراسته وتحديد نقاط القوة والتحديات والانطلاق نحو استشراف المستقبل وفق رؤية واضحة المعالم محددة الأهداف ضمن أطر زمنية مدروسة.

ولا توجد إحصاءات دقيقة وشاملة عن حجم المشكلة في الأقطار العربية وتجاهل هذه الإحصاءات في معظم هذه الأقطار ومع ذلك فلا بد من محاولة لتقدير حجم المشكلة في فئة من فئات المعوقين وتشير التقديرات العلمية بأن عدد المكفوفين في العالم اليوم بأكثر من أربعين مليون نسمة أي بنسبة ١٪ من سكان العالم ويوجد منهم سبعة ملايين ونصف المليون في منطقة الشرق الأوسط بالإضافة إلى (١٥٠)مليون من سكان هذه المنطقة معرضين للإصابة بأمراض العيون إذا لم تتخذ إجراءات سريعة ومناسبة في ميدان الوقاية .

وبما يخص الدول العربية تظهر الإحصاءات المتوفرة حقيقة وهي أن العمل الإحصائي المتعلق بالإعاقة في معظم هذه الدول غير دقيق ويعود ذلك إلى أسباب سنوردها فيما بعد ، وفي التقرير السنوي الأول عن الإعاقة ومؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين في الوطن العربي عام ٢٠٠٢م الذي أصدره المجلس العربي للطفولة والتنمية العربية للإعاقة وبرنامج الخليج العربي لدعم الأمم المتحدة الإنمائية والذي أوضح قضية الإعاقة لا تزال في البلدان العربية بحاجة الى الكثير من العمل والجهد وإلي المزيد من الوعي لعظم حجمها وأهميتها ، فعلي مستوي توزيع المعاقين حسب نوع الإعاقة أظهرت نتائج المجموع العام لنسب الإعاقة في العالم العربي حسب المعلومات المتوفرة في التقرير والمدرجة ، أن الإعاقة البصرية تشكل (٥,٧ ٪) من مجموع أعداد المعوقين فيه ، وتبين النسبة المئوية لبعض الدول العربية حسب ما وردت في التقرير المذكور الأردن (٤,٥ ٪) والإمارات (٦٥,٤ ٪) البحرين (٨ .١٠ ٪) تونس (٦,١٣ ٪)السعودية (٣ .٣ ٪) السودان (١,٨ ٪) سلطنة عمان (٥ .١٢٪) فلسطين (٥ .٩ ٪) قطر (٥ ٪) لبنان (٩٧ .٤ ٪) مصر (٨ .٤ ٪) ولم ترد إحصائيات رسمية للدول الأخري .

التحديـات :

لقد جاءت الخدمات التي تقدم للأشـخاص المكفوفين في معظم الـدول العربيـة بصـورة تدريجيـة وتلقائيـة وجزئيـة في أحيـان أخـري يغلـب عليهـا الطـابع العلاجي مما لم يمكنها إلا أن تلبي احتياجات محدودة لهذه الشريحة من المعوقين منها:

١ – عـدم الشـمولية والتكامـل في مواجهـة حـالات المكفـوفين وعـدم التوزيـع المكاني والجغرافي سواء للخدمات الحكومية أو المجتمعية مما قلل من القدرة إلى الوصـول إلى الأشـخاص المكفـوفين كافـة بالإضـافة إلى عـدم الموائمـة بـين القطاعـات المشـاركة مـن ناحيـة للتعـاون والتنسـيق بسـبب انعـدام مظلـة تتـولي التنسيق بين المؤسسات المعنية على مستوي الخدمات التي تقدم.

٢ – نقص في البيانـات والإحصـاءات والدراسـات الخاصـة بـالمكفوفين وتصـنيفهم مـن ناحيـة شـدة الإعاقـة وفـق معـايير دقيقـة لتكـون أسـاس للتخطيـط والتنظيـم للبرامج التي تحتاجهـا هـذه الفئـات إضـافة الى عـدم إجـراء مسـوح وبحـوث ميدانيـة للأشخاص المكفوفين.

٣ – قصور في بعض جوانب النظام الصحي بما يخص المكفوفين ومنها الكشف المبكر مما أدي إلى استفحال حالات العجز والإعاقة وحد من قدرات المكفوفين على المشاركة في الحياة العامة .

٤- عدم إدماج تربية وتعليم المكفوفين كجزء يتكامل مع سياسة التعليم العام أو توفير المستلزمات والأجهزة المساعدة ووسائل الإيضاح الخاصة ، إضافة الى عدم فعاليـة الـدمج التربـوى فـى المـدارس الاعتياديـة لـترك ذلـك علـى رغبـات إدارات المدارس فى الكثير من الدول العربية .

٥- لم تكن للتوعية الإجتماعية والإعلام فاعلية فى تبصير المجتمع بمشكلات الأشـخاص المكفـوفين بهـدف الفهـم العلمـى لمـا يسـاهم مسـاهمة فعالـة فـى إزالـة التصورات التقليدية التى تحول دون مواجهتها مواجهة فعالة .

٦- الافتقار الى الكوادر المتخصصة وعدم الأخذ بنظام التخصص الفنى المهنى فى مختلف مستويات رعاية وتأهيل المكفوفين ضمن الكوادر العاملة معهم.

٧- فاعلية التأهيل ومحدوديتها فى معظم الدول العربية وعدم وجود مراكز للتأهيل المهنى للمكفوفين وعدم توفر أقسام حديثة فيها وأصبحت المهن النمطية لتدريب المكفوفين ولم ترقى الى التأهيل على التكنولوجيا الحديثة المواكبة لحاجة سوق العمل ومتطلباته.

٨- فرص التشغيل تكاد تكون معدومة فى معظم الدول العربية للأشخاص المكفوفين وقد ظلوا محصورين فى زاوية وظيفية ضيقة لاتتعدى الإمامة والخطابة فى المساجد والتدريس فى المدارس وبعض الجامعات ولبعضهم تخصص فى المحاماة والعمل على البدلات الهاتفية والأعمال اليدوية بينما بلغ المكفوفين فى دول العالم المتقدم شأناً بعيداً فى هذا المضمار، حيث تخصصوا فى العديد من المجالات العلمية الحديثة لاسيما التى لها علاقة بتكنولوجيا المعلومات .

٩- عدم مواكبة العلوم الحديثة للأجهزة التعليمية والتدريبة من تكنولوجيات مسخرة لخدمة المكفوفين، سواء بعد الإطلاع عليها أو غلاء أثمانها.

١٠- عدم أستقرار أليات التمويل للقطاعات الأهلية، والتطوعية التى تعنى بالمكفوفين (الجمعيات والمراكز التى تعتمد على التبرعات والدعم المجتمعى) ومحدودية الدعم المالى والفنى الحكومى لها مما يهدد آدائها وديمومتها.

<u>المنطلقات:</u>

تنطلق الإستراتيجية بصفة عامة من مبدأ حقوق الشريحة والتأكيد على الدور الإنمائي إنطلاقاً من سياسة الإتحاد، تنمية القدرات التنافسية للمكفوفين فى كافة المجالات القادرين عليها **<u>وفق الآتى:</u>**

١- الإيمان بأن كل كفيف يمكن أن يتعلم ويتأهل ويصلح فرداً نافعاً ومقبولاً فى مجتمعة إذا ما اختيرت الطرق المناسبة لتعليمة والوقت المناسب.

٢- وضع تربية وتعليم وتأهيل المكفوفين وإدماجهم فى صميم التخطيط الوطنى للدول العربية كجزء أساسى من أهدافه فى تنمية الموارد البشرية وتحديد دور القطاعات المعنية فى تحقيق التغطية الكمية والنوعية للمكفوفين.

٣- التوسع فى خدمات التدريب والتأهيل المهنى لإتاحة الفرصة للمكفوفين فى الحصول على فرص تأهيليه لتحقيق دخل يساعد به أسرتة.

٤- التركيز على الإهتمام ببرامج التأهيل المجتمعى فى تمكين المكفوفين من الحصول على فرص عمل تمكنهم من الاعتماد على أنفسهم فى كسب عيشهم.

٥- تشجيع ودعم المكفوفين وفق إمكانياتهم على مواصلة التعليم.

٦- العمل على تكوين الاتجاهات الإيجابية وترسيخها فى المجتمع تجاه المكفوفين.

٧- دعم الهياكل التنفيذية للمؤسسات المعنية بتقديم الخدمات للمكفوفين وجعلها قادرة على النهوض بمهامها فى مجال تنفيذ هذه الإستراتيجية فى دولنا العربية بكفاءة وإمكانية وتخصص.

٨- إبراز دور التدريب والتأهيل العاملة مع المكفوفين باعتبار ذلك من أهم المهام التى يجب مواصلة الاضطلاع بها.

٩- الاهتمام بدور المرأة الكفيفة وتوسيع مشاركاتها ضمن المجتمع وفى الجمعيات والمؤسسات وتنمية دورها المتواصل وحفز المهارات والقدرات لديها.

١٠- العمل على التطوير المستمر لإدارات مؤسسات رعاية الأشخاص المكفوفين لكى تتوائم مع المتغيرات التى تحدث رعايتهم ودمجهم فى المجتمع .

١١- تشجيع روح العمل الإجتماعى التطوعى باعتباره أداة رئيسية فى العمل الإجتماعى بمجال رعاية وتأهيل المكفوفين.

١٢- إجراء البحوث والدراسات الاجتماعية التى تساعد المخططين فى الإتحاد ودول المجلس ومتخذى القرار فى الوصول الى اقتراح ووضع برامج تلبى احتياجات المكفوفين.

١٣- الإهتمام بالتوعية والإعلام فى مجال رعاية وتأهيل المكفوفين من خلال وسائل الإعلام المختلفة وإقامة الندوات والمؤتمرات وورش العمل واللقاءات لمعالجة القضايا التى تخص المكفوفين.

الرؤية:

المساهمة بدور فعال فى تقدم الدول العربية فى مجال تقديم الخدمات النوعية للأشخاص المكفوفين بأرقى مستوى ممكن من خلال هذه الإستراتيجية وتعزيز دور المكفوفين العرب فى مجالات الرعاية والتأهيل والتدريب والتنمية الإجتماعية وفق معايير الجودة والتمييز فى الآداء والإنجاز .

الرسالة:

الاتحاد عبر هذه الإستراتيجية يجسد ضرورة العمل الجماعى للإلتزام بفلسفة التطوير المدروس وبأهمية الإستفادة من تجارب الآخرين لتحقيق المساهمة فى خلق بيئة تكافلية فى دول الإتحاد وتمكين المؤسسات المعنية بتقديم الخدمات للمكفوفين على البذل والعطاء والتنسيق بين شركاء التنمة من مختلف القطاعات للإسهام فى تحسين نوعية الحياة للمكفوفين مع تحفيز المجتمع وتوعيته بأهمية رعاية وتأهيل المكفوفين لصنع مستقبلهم والتعبير عن آرائهم والإسهام الإيجابى فى تحقيق التطور ضمن حركة المجتمع وتمكينهم من الإحساس بدورهم ومكانتهم وترسيخ حقهم فى التمتع بثمراته المستدامة والإسهام فى تحقيقها.

المرتكزات:

١) المواطن الكفيف هو ثروة حقيقية لكل بلد .

٢) أحترام كرامة الفرد الكفيف وقيمه وقدراتة.

٣) الإتحاد العربى للمكفوفين له الفخر والإعتزاز فى خدمة المكفوفين فى الدول العربية ضمن مجتمعاتهم .

٤) الإدراك الكامل للمسئولية الوطنية والعربية فى تحقيق رسالة الإتحاد .

٥) العمل الجماعى ضرورة لتحقيق هذه الإستراتيجية .

٦) إحترام إختلاف الإمكانيات لكل دولة عربية وكذلك الأشخاص المكفوفين وإعتبار ذلك مصدر قوة وإبداع.

٧) الإنتقال بالأشخاص المعاقين من حالة التهميش الى الإندماج الكامل وفق مبدأ تكافؤ الفرص والمساواة كونها الأساس فى تقدم المجتمع .

٨) تحويل التعاطى مع قضية المكفوفين من عمل خيرى فحسب الى حق واجب مرتكز على العمل المنظم والعلمى .

٩) إدماج الشخص الكفيف فى العملية التربوية والتعليمية للقادرين من الاستفادة منها من خلال نظام شامل ومتكامل .

١٠)توفير غطاء ملائم لتبادل الخبرات العربية ذات الصلة برعاية وتأهيل المكفوفين عبر الندوات وحلقات العمل والنقاش وإجتماعات فرق البحث وتنظيم الزيارات لتطوير فهم ووعى عربى مشترك لمؤسسات وتجارب رعاية هذه الشريحة.

١١) دراسة وتحليل الخبرات المتراكمة لدى دول العالم الأخرى ذات الظروف والأوضاع المماثلة لدولنا العربية فى مجال رعاية وتأهيل المكفوفين للإستفادة من ذلك .

١٢)تعميق التعاون والتنسيق بين الوزارات والمؤسسات الحكومية والأهلية المعنية والقطاع الخاص وتطوير قنوات التواصل بين الإتحاد وبينها بما يحقق إبداء الرأى فى الأمور المشتركة لإعداد برامج ووضع تدابير لصالح المكفوفين وبما يتقبل المسئولية عن تنفيذ هذه الإستراتيجية من خلال تعبئة الموارد المتاحة كونهما شركاء فى تنفيذ هذه الإستراتيجية .

١٣) الإتحاد آداء فعالة لتحرير الكفيف وأسرته من الخوف على المستقبل والقلق على المصير .

١٤) رصد حركة تشغيل المكفوفين فى قطاعات العمل المتنوعة وفق إمكانياتهم فى الدول العربية والإستفادة من نتائجها وضرورة مراعاة الإحتفاظ الواجب بمجال حقهم بالعمل وفق الأسس القانونية ضمن التشريعات الوطنية.

مرجعيات الإستراتيجية:

١- الدساتير والأنظمة الأساسية والقوانين واللوائح المعتمدة في كل دولة عربية والضامنة لحقوق مواطنيها وفق المبادئ الاقتصادية والاجتماعية والحقوق والواجبات.

٢- المواثيق والقرارات والتوصيات الصادرة والمعتمدة من قِبَلْ جامعة الدول العربية بمجالسها وهيئاتها وصناديقها وإداراتها ومنظماتها ذات العلاقة.

٣- المواثيق والقرارات والتوصيات والمذكرات الصادرة من قِبَلْ دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية والمكتب التنفيذي ومجالسها وهيئاتها ولجانها وصناديقها ومنظماتها ذات العلاقة.

٤- العقد العربي للأشخاص المعوقين (٢٠٠٤- ٢٠١٣م) والصادر من قِبَلْ جامعة الدول العربية.

٥- الاتفاقيات والمواثيق والصكوك والإعلانات العالمية الخاصة بحقوق المعوقين والتقدم والإنماء في الميدان الاجتماعي وذات العلاقة والمصادق عليها من قبل الدول العربية والصادرة عن الجمعية العامة للأمم المتحدة.

٦- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة.

٧- اتفاقية حماية وتعزيز حقوق الأشخاص المعوقين المعتمدة من قِبَلْ الجمعية العامة للأمم المتحدة بموجب قرارها المرقم ٢٣٢/٦٠ في ديسمبر ٢٠٠٦م.

٨- اتفاقية حقوق الطفل المنبثقة عن لجنة حقوق الإنسان التابعة للأمم المتحدة

٩- القرارات والتوصيات والبرامج المتخصصة للأمم المتحدة مثل منظمة الصحة العالمية- منظمة العمل الدولية - منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (يونسكو)- منظمة الأمم المتحدة للأطفال (يونسيف).

١٠- اتفاقية الإتحاد العالمي للمكفوفين الخاصة بحقوق المكفوفين وضعاف البصر والكفيف الأصم.

١١- الوكالة الدولية للوقاية من العمى.

١٢- ميثاق الإتحاد العالمي للمكفوفين.

١٣- ميثاق الإتحاد الأسيوي للمكفوفين.

١٤- ميثاق العمل العربي .

١٥- النظام الأساسي المعتمد للإتحاد العربي للمكفوفين.

الغايات والأهداف:

الغايات :

تتمثل الغايات الإستراتيجية في اثنين أولهما تغطية البعد الإستراتيجي وثانيهما تهيئة الظروف لتحقيقه وهما :

أولا :

المواجهة الشاملة المتكاملة لقضايا وحاجات المكفوفين ومتطلباتها في الوطن العربي .

ثانيًا :

التوجه إلى المكفوفين مباشرة عبر حركة جماعية سريعة لتحسين أوضاعهم نفسياً واجتماعياً وتربوياً وتعليميًّا وثقافيًّا وماديًّا عبر تدريبهم وتأهيلهم سعيًا لتمكينهم من العيش الملائم بأمان وتطوير نوعية الحياة لهم، ولا يعني هذا إرجاء التفكير والتخطيط لتحقيق الأهداف الإستراتيجية ، وإنما البدء بها ، وعلي النحو الذي تسمح به ظروف كل قطر عربي، وأوضاع المكفوفين فيه فكل

أهدافه الإستراتيجية مترابطة، وتدعم بعضها البعض، وأن بعض الأهداف يمكن أن تبدأ لأهدافها المتكاملة.

الأهداف :-

تترجم الأهداف الغايات الإستراتيجية الرئيسية قريبة وبعيدة الأجل، لأوجه رعاية وتأهيل المكفوفين وضمان حقوقهم وتوفير الشروط الملائمة لها، ويمكن ترتيب هذه الأهداف وفق الأتي : -

١) تعزيز الهوية الوطنية والعربية انسجاماً مع القيم والمثل العربية والمعتقدات الإسلامية للحفاظ على شخصية الكفيف وتنميتها وتمكينها في المجالات كافة من خلال ترسيخ التكامل والتضامن .

٢) تأمين قاعدة بيانات شاملة تفصيلية لتوفير بنية معلوماتية حول المكفوفين تمكن من توفير إحصاءات ومعلومات خاصة بقياس حجم إعاقة البصر في المجتمع العربي وتحليلها بحسب الجنس والأسباب والعمر والتوزيع العربي والجغرافي، بحيث تكون أساساً يسترشد به في أعداد الدراسات والبحوث الخاصة بكف البصر ومن ثم رسم السياسات والإستراتيجيات والتداخلات المناسبة.

٣) تعزيز القدرات البحثية في الجوانب الرعائية والاقتصادية والتكنولوجية والمهنية بما يمكن من استيعاب المعطيات القائمة وتحليل الأوضاع الراهنة وتشخيص القضايا بما يخلق بلورة رؤي ومواقف مشتركة مع الدول العربية بما يخص اقتراح سبل المواجهة بمجال رعاية وتأهيل المكفوفين وتقديم المشورة الفنية والتعديلات التطبيقية بمجالات الأنشطة التنموية والتعليمية والتوظيفية والحقوقية للأشخاص المكفوفين .

٤) دعم العمل المشترك مع المنظمات والاتحادات والمجالس ذات العلاقة والمشاركة بفاعلية في المؤتمرات والندوات وورش العمل والحلقات الدراسية الإقليمية والعربية والدولية ذات العلاقة أو إقامتها لغرض البحث والمناقشة وتبادل

الاراء لكل ما يمكن أن يثمر من التواصل الى توصيات لصالح رعاية وتأهيل المكفوفين.

٥) إدماج الكفيف فى المجتمع والعمل على ضمان تكافؤ الفرص فى التعليم والتدريب والتشغيل والرعاية والأنشطة الرياضية والترويحية المتكاملة والحماية الإجتماعية والقانونية لإعداده إعداداً مواتياً للمشاركة فى الحياة العامة بمشروعات التنمية، وكفالة مواصلة التعليم .والعمل على إعداد البرامج الخاصة للكبار الذين حرموا من التعليم عبر مشروعات محو الأمية وكذلك مكافحة التسرب من عملية التعليم .

٦) السعى لمعالجة نقص التشغيل فى المنظور الإقتصادى بين صفوف المكفوفين من خلال إستغلال أهم عناصر الإنتاج وهو العامل البشرى، والحث على توفير كافة مستلزمات التقنية التأهيلية للمكفوفين فى الدول العربية عبر رصد حقيقى للإحتياجات الفعلية فى كل دولة بمجال الإعداد والتدريب والتأهيل وفق الإختبارات والتقنية المطلوبة فى سوق العمل والقادرين عليها، وبما يحقق الأمن الإجتماعى والإقتصادى على ضوء المتغيرات الإقتصادية العالمية وإنعكاساتها على دولنا العربية .

٧) توفير فرص الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية للحد من إعاقة كف البصر من كافة الجوانب كالولادة والعوامل الوراثية المرضية والإصابات وتنشيط الأجهزة التخصصية فى الكشف المبكر من خلال تبنى برامج مدروسة لمسببات العمى وتباين أدوار ومسئوليات كل قطاع تجاه ذلك من تبنى برامج مدروسة وذات نتائج ملموسة وفق نسبة نجاحها فى كل دولة.

٨) المساهمة في تطوير البني التحتية للخدمات التي تقدم للمكفوفين بالتنسيق مع الجهات المعنية (أهلية وتطوعية وحكومية) باتجاه وضع نماذج متكاملة وملائمة لكل قطر عربي وشاملة لما يتحقق من تغطية وكفاءة وجودة عالية

لأوسع مشاركة مجتمعية بما فى ذلك مشاركة المكفوفين أنفسهم وأسرهم، عند صياغة السياسات الداخلية والخطط والبرامج وتنفيذها ومتابعتها وتقيمها .

٩) توسيع أدوار الجمعيات الأهلية والتطوعية للأعضاء في الإتحاد وتطوير بنيتها المؤسسية وترشيد دورها وتدعيمها بالخبرة الفنية والمادية لتفعيل أدوارها على مستوي المجتمعات ودعم وتشجيع وتنظيم العمل التطوعي والتنسيق بين الأطراف القائمة والمعنية من أجل ضمان فاعلية هذا العمل في رعاية وتأهيل المكفوفين وتقديم الخدمات النوعية لهم .

١٠)توفير إطار ملائم لتبادل الخبرات العربية ذات الصلة عبر الندوات والمؤتمرات وورش العمل وتنظيم الزيارات وأجراء البحوث والدراسات والإحصاءات وتوفير قاعدة معلومات في الإتحاد عن المكفوفين وظروفهم في الوطن العربي لخلق فهم ووعي عربي مشترك بغية توفير التخطيط للضروريات وتقديم الخدمات اللازمة .

١١)إنشاء آلية فعالة لمتابعة تحقيق أهداف وسياسات وبرامج ومشروعات رعاية وتأهيل المكفوفين في العالم وتقديم المقترحات بالتعديلات في السياسات والوسائل والبرامج المعنية بهذا الخصوص لكل دولة إن لزم الأمر .

١٢)السعي إلى دمج المرأة الكفيفة في كافة مناحي الحياة وبصفة خاصة فيما يتعلق بإتاحة فرص التعليم والعمل الكريم لها ومشاركتها الفعالة في أوجه التنمية المتنوعة وتنمية مشاركاتها في أنشطة المجتمع المدني .

١٣)تصميم بعض المشروعات المتعلقة بمكافحة الفقر بمختلف أنواعه والتي منها فقر القدرات والإمكانات بغية تنميتها على أساس عربي مشترك وبما يعمق قيم التكافل والتكامل بما يتسق مع المتغيرات السريعة في أسواق العمل ويهيئ فرص الإبداع والمشاركة في مشروعات التنمية وبرامجها ، سواء ما يتعلق بخلق فرص العمل وذلك للحد من بطالة المكفوفين في المجتمع العربي بتمويل الأنشطة الاقتصادية بتوفير الخدمات الاجتماعية والتعليمية والتدريبية إلخ ....

١٤)إعداد برامج مخصصة للتثقيف والإرشاد والتوجيه الاجتماعي والأسري لأنسب تنشئة اجتماعية للأطفال المكفوفين وكذلك توفير التوعية القانونية والإعلامية بما ييسر التعامل مع المؤسسات الحكومية والأهلية التي تستهدف تقديم الرعاية وتطوير القدرات للمكفوفين وأسرهم، إضافة إلى التوعية المجتمعية وتفعيل دور الإعلام عبر قنواته المتعددة بما يخص مكافحة العمى لخلق رأي عام مستنير في المجتمع العربي توطئه لعلاج مجتمعي وتوجيه الضوء بما يوسع من فرص اكتشاف الموهوبين والمتميزين والمبدعين في المجالات العلمية والمعرفية والتقنية والأدبية والفنية والرياضية من المكفوفين.

١٥)تفعيل وتحفيز مراكز البحوث والدراسات العلمية التصنيعية والتسويقية لإيجاد نوع من التنسيق بينها للمساهمة في التطوير والتوفير لمحاكاة التكنولوجيات الحديثة وتسخيرها لخدمة المكفوفين وكسر حاجز الاحتكار لها وارتفاع أسعارها لتكون بمتناول أيادي المكفوفين وفق الإمكانيات المتيسرة وبشتى الوسائل الداعمة.

محاور وسياسات الإستراتيجية:

أولاً :- المعلومات وقواعد البيانات:

السياسات :-

توفير قاعدة معلومات عن المكفوفين (الإعاقة البصرية) وذلك بالتعاون مع الجهات ذات العلاقة في الدول العربية من خلال إقامة مركز أو بنك معلومات في مقر الإتحاد يتولي الاهتمام بالإحصاءات الخاصة وتصنيفها وتجديدها وفق معايير دقيقة لتكون أساساً لتخطيط البرامج المناسبة، والعمل على إدراج بيانات تفصيلية بحالات إعاقة كف البصر ضمن التعداد السكاني في كل دولة إلى جانب دعم إجراء المسوح والبحوث الميدانية المتخصصة في مجال المكفوفين.

الأهداف :-

١) وضع نظام لتسجيل حالات كف البصر وخاصة بالنسبة للأطفال وأن يستعان في ذلك بمراكز الأمومة والطفولة ومستشفيات الولادة والكشف الطبي على تلاميذ المدارس مع اقتراح نظام للخدمات الخاصة بالأطفال المكفوفين أو ضعاف البصر لإحالتهم إليه.

٢) العمل على إيجاد سجل وطني في كل دولة عضو بالتعاون مع الجهات ذات العلاقة بتسجيل حالات كف البصر المكتشفة من خلال ألية سليمة تبدأ من المناطق مما يعطي صورة متكاملة عن واقع المكفوفين ومسببات إعاقتهم.

٣) بناء قواعد تبدأ من القاعدة إلى القمة (أي من المجتمع المحلي وصولاً إلى صانعي القرار في الدول العربية وعلي المستوي الوطني.

٤) تدريب كوادر وطنية من الدول الأعضاء من جامعي البيانات وذوي العلاقة.

٥) دعم وتنشيط حركة البحث العلمي حول واقع المكفوفين على ضوء مؤشرات مسببات كف البصر، وإجراء الدراسات التخصصية والميدانية ليكون هذا

المركز في الإتحاد مرجعاً للباحثين في مجالات العمل الاجتماعي والطبي بما يخص المكفوفين.

٦) تحديث المعلومات بشكل دائم وإصدار كتاب سنوي إحصائي عن واقع إعاقة كف البصر في الدول العربية وبالتنسيق معها.

٧) التخطيط المستقبلي المعتمد على التقارير والبيانات الموجودة عن رعاية المكفوفين في الدول العربية.

ثانيًا :- التشريع وحقوق المكفوفين :

السياسات :

تطوير التشريعات الخاصة بالمكفوفين بما يعكس مفهوماً شمولياً عن إعاقة كف البصر يرتبط بالتطورات العالمية في التعريف والتصنيف مع الأخذ بخصوصية دولنا العربية ، وتحديد التزامات وأدوار الجهات ذات العلاقة في كل دولة من قبلها والمجتمع وأسرهم والجمهور العربي بحقوق المكفوفين التي تحتويها القوانين المرعية في كل دولة عضو .

الأهداف :-

١) اعتماد الرصد والمتابعة في تنفيذ اليات التشريعات والأنشطة التي تقترح .

٢) التعامل التشريعي للأسر التي رزقت بمواليد مكفوفين – وكذلك إخضاع المقبلين على الزواج لإجراء فحوصات ذات علاقة.

٣) تأمين الاستفادة من الخدمات القانونية للمعوقين عموماً متى كانت ضرورية لحماية المكفوفين والأخذ بحالات الإعاقة بنظر الاعتبار.

٤) العمل على إشراك الجمعيات الأهلية المعنية بالمكفوفين في الأمور المتعلقة بحقوق المعوقين عامة والمكفوفين خاصة ، ولكل ما يكفل لأعضائها من حقوق .

٥) التشجيع على تكوين جمعيات ومراكز أهلية للمكفوفين .

٦) العمل بالتنسيق مع الدول الأعضاء لمراجعة جميع التشريعات لحذف أية أحكام منها تنص على التمييز أوضد حقوق المكفوفين.

٧) تشجيع المناصرة والعمل المطلبى للمكفوفين.

ثالثًا : الوقاية والتشخيص المبكر:

السياسات :-

إن إدراك المجتمع الباكر لمدي انتشار كف البصر بين أفراده وطبيعة ذلك من شأنه أن يؤدي إلى تحسين التخطيط للخدمات وتطويرها تبعاً للاحتياجات الفعلية وذلك بالعمل على تنشيط الأجهزة في مجال الوقاية والتشخيص المبكر عن الإعاقة ذاتها ومسبباتها والعمل على الحد منها في الدول الأعضاء وبالتنسيق معها ، ووضع الخطط والبرامج التي تبين أدوار ومسؤوليات كل قطاع تجاه الإعاقة المذكورة والتعامل معها من كافة النواحي.

الأهداف :

١) التوصية بإقامة وحدات تشخيص مبكر لإعاقة كف البصر في مناطق عن طريق المراكز الصحية الموجودة فيها ، والتي تؤمها الأمهات الحوامل وحديثات الوضع والأطفال الرضع .

٢) التثقيف العام بشأن أسباب كف البصر والأثار المترتبة عليه وكيفية الوقاية منه وبواسطة الوحدات المذكورة وبما يمكن أن تدعم من قِبَلْ الإتحاد فنياً .

٣) تعزيز المسؤولية التضامنية والمتكاملة الخاصة بالوقاية من الحوادث كافة والتي منها الإعاقة البصرية.

٤) دعم الحملات المركزة بشأن الأسباب الجوهرية لإعاقة كف البصر وتأثيره على الأفراد وكيفية الوقاية منها والنتائج التي يمكن أن تحققها الوقاية.

٥) العمل لتقديم العون والمساعدة إلى كل أسرة تتولي رعاية كفيف ضمن أفرادها لضمان الترابط الأسري مما يكون له الأثر البليغ على الكفيف ومستوي تأدية دوره في المجتمع للقيام بدور بناء في مجتمعه من خلال بيئته الاجتماعية المحلية .

رابعًا :- التكامل بين القطاعات ومقدمي الخدمات للمكفوفين :

السياسات :-

تأكيد ضرورة التكامل في مجال رعاية وتأهيل المكفوفين تخطيطاً وتنفيذاً ، وفق رؤية واضحة للأدوار ولأهداف الرعاية الاجتماعية والمرتبطة بالإنسان بكافة الأبعاد ليبقي الهدف الذي ينطلق منه العمل الواحد المشترك بين القطاع الحكومي والأهلي والتطوعي، وهو دور مكمل الواحد للأخر وليس أدوار تنافسية .

الأهداف :-

١) زيادة تبادل الخبرات الفنية والمعلومات واللقاءات لتنسيق وتصنيف الخطط المشتركة بما يتغلب على الحواجز التي تعيق التكامل.

٢) إيجاد الظروف المواتية لتحقيق خدمات الرعاية والتأهيل للمكفوفين في الدول الأعضاء والعمل على التوصية والدعم لتوسيعها من قبل الجهات المشاركة.

٣) التنسيق والتكامل في الخطط والبرامج مع شركاء تقديم الخدمات بمختلف أوجهها.

٤) تشجيع روح التعاون والعمل لدي الأفراد والجماعات بصورة تطوعية في مجالات رعاية وتأهيل وتقديم الخدمات المتنوعة للمكفوفين.

خامسًا :- التأهيل المرتكز على المجتمع :

السياسات :-

تركيـز جهـود رعايـة وتأهيـل الأشـخاص ذوي الإعاقـة علـى الصـعيد المجتمعي، أي تقديم الخدمات على المستوي المجتمعي حيث يعتبر التأهيل على المجتمع وسيلة ومنهج أكثر فاعلية في تحقيق الدعم وتغطية الخدمات الأساسية للمعوقين عامة وللمكفوفين خاصّة.

انطلاقاً من مبدأ الدمج، إضافة إلى ضمان تعاون الأسرة من خلال العمل على إعداد كوادر تتولي تدريب أسر المكفوفين على رعايته وفق البرامج العالمية المشهورة (برنامج بورتيج).

الأهداف :-

١) التأكيـد علـى رعايـة وتأهيـل المكفـوفين وتعليمهم مـن خـلال الوسـائل غـير التقليدية وإشراك أسرهم في رعايتهم .

٢) الـدعم الفـني لتطـوير خـدمات المجتمعـات المحليـة لأوجـه الرعايـة والتأهيـل للمكفـوفين ضـمن بيئـتهم وذلـك بابتكـار مشـاريع تأهيليـة جديـدة موجـه للمكفوفين.

٣) العمـل مـع الجهـات ذات العلاقـة باسـتثمار الإعفـاءات الوطنيـة مـن الرسـوم الجمركية للأدوات والأجهزة الخاصة بالمعوقين في الدول العربية وما تعمل به هذه الـدول علـى تـوفير التكنولوجيـات المناسـبة للمكفـوفين بأثمـان مقبولـة رغبـة في تمكينهم من استخدام التكنولوجيا الحديثة على أكمل وجه.

٤) الوصول إلى أسرة الكفيف وإعداد أفرادهـا لمساعدته في البيت بـذات البرامج الحياتية والتعليمية والتأهيلية من خلال دعم الإتحاد لإعداد كـوادر مهنيـة وفنيـة متدربـة في الـدول العربيـة الأعضـاء لـذات المهـام وفـق البـرامج العالميـة (بـورتيج) أو غيرهـا.

٥) العمل مع الجمعيات والمراكز في الدول الأعضاء لرصد الموارد المجتمعية التي يمكن أن تساهم في رعاية وتأهيل المكفوفين وتحقيق مشاركتهم ودمجهم من خلال تفعيلها لإمكان توفير فرص تأهيل مهني مجتمعي ملائم للتشغيل في البيئة المحلية.

سادسًا : التربية والتعليم :

السياسات:

العمل على إتاحة الفرصة للمكفوفين لتنمية مختلف طاقاتهم إلى أقصى حد ممكن أن تصل إليه استعدادهم وقدراتهم الفكرية بإتاحة فرص التربية والتعليم واكتساب المعرفة ونموها في مختلف مراحل التعليم أو في المدارس الخاصة بما يناسب الكفيف من طرق ووسائل وأجهزة معنية، وتنويع مجالات التربية والتعليم.

الأهداف:

١) عدم استثناء الأشخاص المكفوفين من الالتحاق بدأ من الحضانات والمرافق التعليمية والمدارس الحكومية حينما تكون لديهم القدرات الفكرية والأدائية التعليمية على ذلك.

٢) العمل والمشاركة على تطوير البناء المنهجي للبرامج التعليمية وإعداد الخطط اللازمة للمكفوفين (فردية أو جماعية) ويتمثل ذلك في إعداد برامج للمكفوفين لدمجهم حسياً وحركياً دمجاً كاملا في المدارس العادية وحتى للمكفوفين متعددي الإعاقة .

٣) العمل على المساهمة في إعداد الكوادر البشرية التربوية والتعليمية المؤهلة لتربية وتعليم الأطفال المكفوفين من خلال الدعم في الإسناد بالبعثات الدراسية أو الدورات التدريبية في مجالات التربية الخاصة وتناقل الخبرات بين الدول العربية المتقدمة بهذا المجال وبما يحقق أقصي جودة لمستوي تعليمي يمكن أن يتحقق.

٤) دعم وإسناد وتنظيم البيئة المدرسية والصحية والتعليمية من ناحية وإزالة الحواجز وإقامة وتهيئة الطرق الملائمة لحركة الكفيف والتجهيز وفق الإمكانيات بالمعينات المساعدة على التعليم.

٥) تقديم الكتب الدراسية بطريقة برايل للمكفوفين على نفقة حكومات الدول الأعضاء لطبعها وتوزيعها على المدارس أو التجهيز بالمطبعات اللازمة بالتعاون المشترك بين الدول العربية المتوفرة لديها.

٦) التنسيق مع الجامعات بتقديم التسهيلات اللازمة للكفيف من ناحية القبول والمصادر والامتحانات والدعم بمختلف أنواعه .

٧) تشجيع ودعم طلبة الدراسات العليا من المكفوفين كلما كان ذلك ممكناً

٨) تخصيص جائزة سنوية للمتميزين والمبدعين من المكفوفين في مجال التفوق في العلوم والتربية ...... إلخ

سابعًا : التأهيل المهني والتشغيل :

السياسات :

توسيع مجالات الإعداد والتهيئة المهنية والتدريب والتأهيل للأشخاص المكفوفين لما ينعكس على التشغيل، وبما يتناسب مع قدراتهم ويتماشي مع احتياجات التنمية وسوق العمل من مهن ومهارات ومستويات رغبة في تحقيق الخروج من دائرة الأعمال النمطية المنخفضة الأجور.

الأهداف :

١) إعداد طرق وأساليب وبرامج عملية للتدريب والتأهيل بحيث توائم التطورات والتحديات الاقتصادية والإنتاجية والتقدم التكنولوجي ومدي الحاجة للتشغيل فيها واقتراح إقامة أو التوسع في مراكز التأهيل المهني الخاصة بالمكفوفين وفق الطرق الحديثة لإعدادهم وتهيئتهم مهنياً أو فتح أقسام الاكتفاء بالقائم منها .

٢) إشراك الأسرة والمجتمع المحلي في تأهيل المكفوفين وتشغيلهم.

٣) تيسير حصول المكفوفين المؤهلين على المنح والقروض التشغيلية الميسرة للمشاريع الصغيرة المدرة للدخل.

٤) تأهيل وتطوير مهارات المدربين المهنيين ورفع كفاءتهم وذلك من خلال تنظيم الدورات التدريبية الداخلية والخارجية للكوادر العاملة في مجال تدريب وتأهيل المكفوفين بالاتفاق مع الدول الأعضاء المتقدمة بهذا الشأن أو المنظمات الإقليمية والدولية ذات الصلة .

٥) العمل على الاتفاق مع الجهات المسئولة في الدول الأعضاء من خلال الجمعيات لإعطاء أولوية في منح الرخص التجارية للمكفوفين من أجل إدارة مشاريع تجارية خاصة قادرين عليها.

٦) وضع أسس لتعميمها لمتابعة المشتغلين من المكفوفين في سوق العمل المفتوح وذلك بالتنسيق مع جمعياتهم رغبة في تذليل مشاكل العمل وتهيئة البيئة الملائمة لضمان استقرارهم في أعمالهم.

٧) ضمان استفادة المكفوفين من تشريعات التشغيل الخاصة بالدول الأعضاء

ثامنًا : الرياضة والترويح :

السياسات :

الرياضة والأنشطة الترويحية حاجة حيوية تتكامل مع الحياة العامة للمعوقين عامة والمكفوفين خاصة حينما تكون ملائمة لإمكانياتهم، ويعمل الإتحاد عبر إستراتيجية عمله لما يمكن أن يقوم به من دور حيوي في مجال الرياضة والترويح عن المكفوفين بإتاحة فرص الاستمتاع بهما لما يشكل عاملاً هاماً في النمو الفكري والعضلي والتكويني المساعد في الدمج المجتمعي معنوياً وفعليًا.

الأهداف :

١) ممارسة الرياضة تنعكس على تقوية المدارك الفعلية مما يدعو إلى العمل على إدراجها ضمن الأنشطة العالمية والأولمبية لشمول الدول الأعضاء بها وبما يخص المكفوفين .

٢) إقامة سباقات بين الفئات العمرية الواحدة بين المكفوفين إقليمياً وعربياً وعالمياً وهذا يعزز ثقة الكفيف بنفسه وثقة المجتمع به.

٣) إقامة فعاليات رياضية للمكفوفين ضمن الأنشطة الوطنية يدعو لها أفراد المجتمع بكافة الفئات ، مع العمل على تأهيل الكوادر من المتطوعين والمتطوعات.

٤) المساهمة فى المشاركات ضمن الأندية الرياضية فى الدول الأعضاء مع دعم تكثيف المشاركات المحلية بهدف الإعداد للمشاركات الخارجية.

٥) المشاركة فى الفعاليات والأنشطة الرياضية إقليمياً وعربياً ودولياً.

٦) الحصـول علـى عضـوية الأنديـة الرياضـية للمكفـوفين فـى وزارات الشـئون الرياضية أو رعاية الشباب وفق التسميات المعتمدة فى كل دولة عضو.

٧) توسيع الانتساب فى الاتحادات وتنظيمات الرياضة إقليمياً وعربياً ودولياً .

٨) إقامـة معسـكرات رياضـية خاصـة بـالمكفوفين عربيـاً أو ضـمن معسـكرات الأشخاص ذوى الإعاقة.

٩) إقامة علاقات عربية لتوفير المهارات والمدربين والمحكمين للأنشطة الرياضية الخاصة بالمكفوفين.

١٠) ربط برامج الترويح والرياضة بالأهداف الاجتماعية التى تتماشى مع ظروف الإعاقة وتطور أنماط الرياضة والترويح الخاصة بالمكفوفين مع التركيز على الجانب الإعلامي ضمن البرامج الرياضية.

١١) العمـل علـى تـوفير مـوارد ماليـة كافيـة لـدعم أنشـطة رياضـية للمكفـوفين بمختلـف أنواعهـا ولضـمان المشـاركات الخارجيـة ، وإضـافة الى العمـل علـى الحصـول علـى التمويـل المـالى لإنشـاء قاعـات مغلقـة متخصصـة بـرياضـة المعـوقين كلما كان ذلك ممكناً.

١٢) دعم التكريم فى حالة الإنجازات.

تاسعًا: تمكين العمل الأهلى وتطويره:

السياسات:

دعم تنمية وتطوير العمل الأهلى النوعى وزيادة قدراته بما يتطلب رفع كفاءته الإدارية والتخطيط والتقييم وزيادة إمكاناته لإقتراح المشاريع للاستقطاب المالى لتمكينه من تحمل مسئولياته وتحقيق الأهداف التى يصبو إليها.

الأهداف:

١) تبنى الطرق المثلى للتوسع والانتشار والاستمرارية لخدمات المكفوفين من خلال تفعيل دور المجتمع.

٢) إكساب العمل الأهلى مهارات تأسيس المشاريع ذات العلاقة وإدارتها وإستقطاب التمويل (إعداد مشاريع- موازنات تخطيطية –وتقويم)

٣) إستقطاب التمويل من الجهات الداعمه.

٤) تقييم الآداء من ناحية الكفاءة والفاعلية ووضع المعايير والضوابط اللازمة من أجل تعزيز إسهامها فى تقديم الخدمات للمكفوفين المتميزين.

٥) - تعزيز دور العمل الأهلى فى خدمة المكفوفين بما يساهم فى التخفيف من عبء تحمل الدولة.

٦) معرفة مدى إنعكاس البرامج والمشاريع التى ينفذها العمل الأهلى على نوعية الحياة للفئات المستفيدة ولأسر المكفوفين.

٧) - تبادل الخبرات بين مؤسسات العمل الإجتماعى لتعميق مبدأ التمكين والتحفيز والديمومة.

٨) خلق قنوات تواصل بالمتاصرة والمطالبة بإحتياجات المكفوفين لصانعى القرار ومقدمى الخدمات.

عاشرًا: الإعلام ورفع الوعى المجتمعى:

السياسات:

إبراز دور المجتمع فى كيفية التعامل مع المكفوفين وتعديل الإتجاهات السلبية نحوهم وأهمية مساهمة المجتمع فى تطوير قدراتهم والاستفادة منهم ليكونوا أفراداً صالحين منتجين والتركيز على أهمية إصدار كتيبات ومطبوعات تُعرف المواطنين بالخدمات التى تقدمها الدول والمراكز التطوعية والجمعيات الأهلية ودورهما التنموى فى ذلك وخلق رأى عام مستنير عبر التوعية المجتمعية بالمكفوفين.

الأهداف:

١) - تنشيط وسائل الإعلام المختلفة لخدمة أهداف رعاية وتأهيل المكفوفين وتنمية قدراتهم ومشاركاتهم ضمن خطط الدول التنموية المستدامة وتفعيل الدور الإعلامى فى الدول الأعضاء للنهوض بذلك من خلال تفعيل دور الجمعيات والمراكز المعنية بالدعم والبرامج الإعلامية.

٢) - إحياء المناسبات الدينية والوطنية والإجتماعية والخاصة (كالإحتفال بيوم المعاق العالمى- يوم الكفيف العربى والعصا البيضاء ..وغيرها) من خلال إقامة الفعاليات للمكفوفين فى الدول الأعضاء وإسناد ذلك فنياً ومادياً كلما أمكن ذلك.

٣) - دعم إصدارات الجمعيات والمراكز فى مجال رعاية وتأهيل المكفوفين من الكتيبات ونشرات ومجلات وتقارير....الخ.

٤) - تكوين شبكة من العلاقات الإعلامية التى تسهم فى تعزيز قدرات الإتحاد تحقيقاً لأهدافه فى هذا المجال من خلال المشاركات الإعلامية وتبادل المنتج الإعلامى الهادف بين الدول الأعضاء .

٥) - توعية المجتمع بالإعاقة وآثارها وكيفية الحد منها والتعامل معها.

٦) - تعديل الإتجاهات السلبية نحو المعوقين من خلال دعم الدراما التليفزيونية والمسرحية الهادفة والتى تعالج قضايا المكفوفين.

٧) - دعم وتنظيم الفعاليات المتنوعة فى مراكز وجمعيات رعاية المكفوفين لجذب مشاركة الإعلاميين ووسائل نقل الفعاليات (المرئية- والمقروءة- والمسموعة) وتأمين التواصل المستمر معهم بهدف تنوير الرأى العام عن هذه الرعاية وأوجهها وما يحظى به المكفوفين فى الدول الأعضاء من الدعم والتطوير.

٨) - مشاركة المكفوفين وأسرهم فى إنتاج الرسالة الإعلامية للمتميزين منهم إبداعاً ونجاح ورعاية.

٩) - تغيير نظرة المجتمع السلبية وكون الكفيف عالة على غيرة والمجتمع بشكل عام الى نظرة إيجابية تتصف بالإحترام والتقدير والإيمان بقدرة الفرد على العمل والإنتاج.

١٠) - إصدار مجلة سنوية عن الاتحاد.

أحد عشر: التدريب وتوفير الكادر:

السياسات:

تطوير وتدريب الكوادر العاملة فى مجال رعاية المكفوفين وفق مناهج تدريبية متكاملة تنطلق من فهم موحد لإعاقة كف البصر وتعريفها وتصنيفها والأبعاد المختلفه لها للتمكين من تقديم الخدمة الأفضل ضمن تخصصاتهم بالإضافة للمهارات الإدارية والفنية اللازمة لقيامهم بواجباتهم على أكمل وجه ولكافة شركاء تقديم الخدمة.

الأهداف:

١) تدريب الكوادر على المهارات الفنية المتخصصة فى مجال عملهم.

٢) توعية الكادر بأهمية مواضيع الرعاية والتواصل مع الأسر وتفهم قضاياها وأبناءهم المكفوفين .

٣) إكساب الكادر مهارات دراسة الوضع الحالى وإعداد التقارير لتوظيفها فى عملهم واعتبارها مكملة ومميزة لعطائهم.

٤) تبادل الخبرات والكفاءات مع الجهات الحكومية والأهلية الأخرى عن طريق التنسيق المستمر فى مجال التدريب والإعداد ورفع الكفاءة.

٥) تعميق التدريب والإعداد للتواصل مع المجتمع فى مجال دعم المشاريع التطوعية بهدف الإيضاح والإقناع .

٦) تزويد الكادر غير المؤهل علمياً بالمعارف والمهارات والإتجاهات الإدارية والفنية الأساسية فى مختلف مجالات رعاية المكفوفين.

٧) دعم الحصول على المقاعد الدراسية للدراسات التخصصية بالتنسيق مع الجامعات والمعاهد التخصصية.

٨) العمل على تطوير الرسالة الإعلامية لتصبح أكثر جاذبية للجمهور العربي وأكثر حساسية لحقوق المكفوفين.

٩) العمل على جذب الإعلاميين فى الجمعيات والمراكز المعنية بالمكفوفين.

١٠)التواصل المستمر مع القنوات الإعلامية والفضائية لتوصيل قضايا المكفوفين والأنشطة المتعلقة بهم.

اثنا عشر: المرأة الكفيفة:

السياسات:

تطوير أوضاع المرأة الكفيفة من خلال توسيع الفرص المتاحة لها فى مجالات التعليم والصحة والعمل والمشاركة فى أنشطة المجتمع المدنى وغيره مع إيجاد الوسائل لتمكينها من الإفادة من هذه الفرص.

الأهداف:

١) إعتبار رعاية المراة الكفيفة وإدماجها فى المجتمع قضية ملحة يجب أن تدرج ضمن الخطط والإستراتيجيات الإجتماعية والإقتصادية فى الدول الأعضاء وفق مبدأ حقوق الأشخاص ذوى الإعاقة.

٢) - القيام من خلال الجمعيات المعنية بالتوعية المجتمعية لزيادة التقبل الإجتماعى لعمل المرأة الكفيفة ودمجها فى فعاليات الإعاقة.

٣) - العمل لاعتماد تدابير محددة للتصدى للبحث عن العمل (البطالة) للمرأة الكفيفة ولا سيما طويل الأمد.

٤) - تطوير الآليات المساندة لتحفيز المرأة الكفيفة لتوسيع رقعة المشاركة فى الجمعيات النسائية والنوعية.

٥) - دعم التوسع فى التعليم والتدريب المعنى وفق الأطر الحديثة (التكنولوجيات الخاصة الحديثة كالحاسوب الناطق وغيرها) للمرأة الكفيفة.

٦) - العمل على إشراك المرأة الكفيفة فى اللجان عند صياغة السياسات ووضع الخطط والبرامج الخاصة بها وتنفيذها وتقييمها.

٧) - العمل على تضمين لوائح وأنظمة الجمعيات النسائية تخصيص حيز خاص بالنساء المكفوفات فى برامجها وأنشطتها.

٨) - تعزيز بناء القدرات الوطنية للمرأة الكفيفة من خلال تكريس النهج التنموى الداعم والقائم على الحقوق فى الدول العربية الأعضاء.

ثلاثة عشر: التعاون الدولى:

السياسات:

الإهتمام بتطوير التعاون الدولى وخاصة مع الدول الخليجية والعربية ودعم العمل المشترك مع المنظمات ذات العلاقة وتوثيق العلاقات مع منظمات الأمم المتحدة وتوسيع إمكانيات الإستفادة من برامجها وخبراتها.

الأهداف:

١) - زيادة التبادل الإقليمى والعربى والدولى للمعلومات والخبرات الفنية والأبحاث فى مجال رعاية المكفوفين.

٢) - التمثيل في المنظمات والمجالس والاتحادات المعنية الإقليمية والعربية والدولية.

٣) - حضور الاجتماعات والندوات والمشاركة بالمؤتمرات والندوات الإقليمية والعربية والدولية ذات العلاقة، والعمل على توحيد المواقف العربية.

٤) - الفاعلية ضمن الأنشطة المحلية العربية والدولية وتمثيل الإتحاد في لجانها ومجالسها وتقديم الدراسات والبحوث ذات العلاقة.

٥) - الدعوة لزيادة جهود منظمات الأمم المتحدة في دعم المشاريع والمشاركات للكوادر في الدورات التدريبية .

٦) - زيارة التبادل على الصعيد الإقليمي والعربي والدولي مع الجهود التطوعية والمنظمات غير الحكومية بما يدعم مسيرة رعاية المكفوفين في القطاعات الأهلية والتطوعية ذات النشاط المشابه.

المبحث الثاني:

مصر والسعودية

كنموذجين لتأهيل المعاقين في الوطن العربي

أولا : المعاقون وتشغيلهم وتأهيلهم بالقوانين المصرية

أولاً : قانون تأهيل المعوقين رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ :-

فقد جاء هذا القانون جامعاً لشتات مجموعة من النصوص والتي تفرقت قبل صدوره في القوانين أرقام ٩١ لعام ١٩٥٩ ، ٦٣ لسنة ١٩٦٤ ، ١٣٣ لسنة ١٩٦٤ ، ٥٨ لسنة ١٩٧١ ، ٦١ لسنة ١٩٧١ وفيما يلي عرض لأهم المواد التي بشأنها خدمة المعاقين:

المادة (١) :

" تسري أحكام هذا القانون على المعوقين المتمتعين بجنسية جمهورية مصر العربية ..."

المادة (٢):

يقصد في تطبيق أحكام هذا القانون بكلمة المعوق – كل شخص أصبح غير قادر على الاعتماد على نفسه في مزاولة عمله أو القيام بعمل آخر والاستقرار فيه أو نقصت قدرته على ذلك نتيجة لقصور عضوي أو عقلي أو حسي أو نتيجة عجز خلقي منذ الولادة.

ويقصد بتأهيل المعوقين تقديم الخدمات الاجتماعية والنفسية والطبية والتعليمية والمهنية التي يلزم توفيرها للمعوق لتمكنه من التغلب على الآثار التي تخلفت عن عجزه.

مادة (٩) :

على أصحاب الأعمال الذين يستخدمون خمسين عاملاً فأكثر سواء كانوا يشتغلون في مكان أو بلد واحد أو أمكنة أو بلاد متفرقة استخدام المعوقين الذين ترشحهم مكاتب القوى العاملة من واقع سجل قيد المعوقين وذلك في حدود ٥٪ من مجموع عدد العمال في الجهة التي يرشحون فيها، ومع ذلك يجوز لأصحاب الأعمال المشار إليهم في الفقرة السابقة شغل هذه النسبة باستخدام المعوقين عن غير طريقة الترشيح من مكاتب القوى العاملة بشرط حصول القيد المنصوص عليه (شهادة التأهيل الاجتماعي)...

مادة (١٠) :

يخصص للمعوقين الحاصلين على شهادات التأهيل نسبة ٥٪ من مجموع وظائف المستوى الثالث الخالية بالجهاز الإداري للدولة والهيئات العامة والوحدات الاقتصادية

مادة (١١) :-

لوزير الشئون الاجتماعية بعد الاتفاق مع الوزير المختص إصدار قرار بتخصيص وظائف وأعمال معينة من الوظائف والأعمال الخالية في الجهاز الإداري للدولة والهيئات العامة والمؤسسات العامة والوحدات الاقتصادية التابعة لها المعوقين الحاصلين على شهادات التأهيل وذلك في حدود النسبة المشار إليها بالمادة السابقة.

مادة (١٦):

يعاقب كل من يخالف أحكام المادة (٩) من هذا القانون بغرامة لا تتجاوز ثلاثين جنيها والحبس مدة لا تجاوز شهر أو بإحدى هاتين العقوبتين ..

قانون رقم ٤٩ لسنة ١٩٨٢ :

مغيرًا ومعدلاً لنصوص كلٍّ من المادة ٩، ١٠، ١٥، ١٦ من قانون تأهيل المعاقين رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ فقد جاء في هذا القانون استبدال المواد ٩، ١٠، ١٥، ١٦ وهم كالآتي :

مادة (٩) :

على أصحاب الأعمال الذين يستخدمون خمسين عاملاً فأكثر وتسرى عليهم أحكام القانون رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ بإصدار قانون العمل سواء كانوا يشتغلون في مكان واحد أو بلد واحدة أو في أمكنة متفرقة استخدام المعاقين الذين ترشحهم مكاتب القوى العاملة من واقع سجل قيد المعوقين بها وذلك بنسبة ٥٪ من مجموع عدد العمال في الوحدة الذين يرشحون لها.

مادة (١٠):

تخصص للمعوقين الحاصلين على شهادات التأهيل نسبة ٥٪ من مجموع عدد العاملين بكل وحدات الجهاز الإداري للدولة والهيئات العامة والقطاع العام كما تلتزم هذه الوحدات باستيفاء النسبة المشار إليها باستخدام المعوقين المقيمين بدائرة عمل كل وحدة والمسجلين بمكاتب القوى العاملة المختصة على أن يتم استكمال النسبة المقررة بالقانون خلال سنتين من تاريخ صدور هذا التعديل.

مادة (١٦) :

يعاقب كل من يخالف أحكام المادة التاسعة من هذا القانون بغرامة مائة جنيها والحبس لمدة لا تجاوز شهراً أو بإحدى العقوبتين .

وعلى الرغم من كل هذه القوانين والقرارات التي أصدرت بشأن تأهيل وتشغيل المعاقين إلا أن هذه القوانين تفتقد عنصر الالتزام بالنسبة لشغل النسبة المطلوبة في وظائف القطاعين الحكومي والعام. فليس هناك إلزام قانوني على

هذه الأجهزة بتنفيذ ما أوجبه القانون بمعني أنه لا يوجد جزاء جنائي أو إداري عند إهمال ما تطلبه الأجهزة المختصة في مجال تشغيل المعاقين وأصبح متروكاً لهوى القائمين على العمل في هذه الجهات بعكس الحال بالنسبة للقطاع ا لخاص سواء غرامة لا تتعد المائة جنيها لا غير.

ومن المادتين ٩ ،١٠ نجد أن هناك إلزاماً بتعيين نسبة ٥٪ من المعاقين الحاصلين على شهادة التأهيل في وظائف الجهاز الإداري للدولة ونأسف بأن نجد أن هذه المواد غير مطبقة بالواقع المعيوش وإن كانت مطبقة فليس بالنسبة التي أقرها القانون حيث ألزم القانون أصحاب الأعمال الذين زاد عدد العمال فيه عن ٥٠ عاملاً أو أكثر تعين هذه النسبة بمعني أنه إذا قل عدد العاملين بالمنشأة عن ٥٠ عاملاً لا تنطبق عليهم هذه المادة، فلما ألزم القانون من يستخدمون أكثر من ٥٠ عاملاً وترك كل من يعمل لديه بالمنشأة أقل من ٥٠ عاملاً فإن كان هناك إلزام بتشغيل هذه الفئة فإن مشاركته في تحمل أعباء هذه المشكلة ولو عن طريق إلزامهم بنسبة من إجمالي أجور العاملين بمنشئاتهم تعادل ٥٪ تكون حصيلتها دعماً للموازنة العامة المخصصة لتأهيل المعوقين.

ومن هنا يتطلب الأمر تفعيل قانون العاملين بالدولة والمادة الخاصة بتخصيص نسبة ٥٪ للمعاقين للعمل في وطائف القطاعين الحكومي والعام ووضع آلية رصد وتفعيل ومتابعة للعمل على تفعيل نصوص المواد التاسعة والعاشرة بالقانون رقم ٤٢ لسنة ١٩٨٢ والمطالبة باهتمام كل الهيئات العاملة في مجال رعاية المعاقين بتوعية هذه الفئة بالقوانين والمواثيق التي تخدمهم والوقوف على أهم المواد التي تحتاج إلى تعديل وعرضها على المجلس التشريعي للدولة.

كما لا يفوتنا الحديث حول افتقار قانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ والمعدل بالقانون رقم ٤٢ لسنة ١٩٨٢ من أوجه الرعاية الاجتماعية والإنسانية في عصر أصبحت فيه هذه الرعاية من مقومات الإنسانية ومنها مراعاة هذه الفئة في تخصيص الطوابق

الأرضية لهم بالإسكان التابع للقطاع الحكومي وتخصيص سيارات لهم في خطوط المواصلات مع تشجيع أقامة المصانع المجهزة للمعوقين (المصانع المحمية) مراعاة الظروف الخاصة لهم بالطرق والمنشآت العامة والخاصة.

وفي تساؤل سريع :

أين يوجد المعاق في مجتمع زادت فيه مرتفعات معدلات البطالة؟، وأيضًا في ظل الخصخصة والقطاع الخاص والذي يسعى لتحقيق أكبر قدر من الربح فهو يسعى لتعين الأصحاء.

قانون رقم ١٢ لسنة ١٩٩٦باحكام حماية الطفل :-

أفرد فيه بابًا خاصًّا لرعاية الطفل المعاق وتأهيله، وهو الباب السادس(رعاية الطفل المعاق وتأهيله) ومواده كالآتي :-

مادة (٧٥) :-

تكفل الدولة حماية الطفل من كل عمل من شأنه الإضرار بصحته أو بنموه البدني أو العقلي أو الروحي أو الاجتماعي.

مادة (٧٦) :-

للطفل المعاق الحق في التمتع برعاية خاصة اجتماعية وصحية ونفسية تنمي اعتماده على نفسه وتيسر اندماجه ومشاركته في المجتمع.

مادة (٧٧) :-

للطفل المعاق الحق في التأهيل ويقصد بالتأهيل تقديم الخدمات الاجتماعية والنفسية والطبية والتعليمية والمهنية التي يلزم توفيرها للطفل المعاق وأسرته وتمكينه من التغلب على الآثار الناشئة عن عجزه وتؤدي الدولة خدمات التأهيل والأجهزة التعويضية في حدود المبالغ المدرجة لهذا الغرض في الموازنة العامة للدولة مع مراعاة حكم المادة (٨٥) من هذا القانون .

__مادة (٨٢) :-__

على صاحب العمل الذي يستخدم ٥٠ عاملاً فأكثر سواء كانوا يعملون في مكان أو أمكنة متفرقة في مدينة أو قرية واحدة استخدام الأطفال المعاقين الذين ترشحهم مكاتب القوي العاملة بحد أدنى ٢٪ من بين نسبة ٥٪ المنصوص عليها في القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعاقين...

__مادة (٨٤) :-__

يعاقب كل من يخالف أحكام المادتين السابقتين بغرامة لا تقل عن ١٠٠ جنيه ولا تجاوز ١٠٠٠ جنيه ....

__مادة (٨٥) :-__

ينشأ صندوق لرعاية الأطفال المعاقين وتأهيلهم وتكون له الشخصية الاعتبارية ويصدر بتنظيمه وتحديد اختصاصاته قرار من رئيس الجمهورية ويدخل ضمن موارده الغرامات المقضي بها في الجرائم المنصوص عليها في هذا الباب .

__مادة (٧٦) :-__

تعفي من جميع الضرائب والرسوم الأجهزة التعويضية والمساعدة ووسائل النقل اللازمة لاستخدام الطفل المعاق وتأهيله..

__قانون العاملين بالدولة رقم ٤٧ لسنة ١٩٧٨ بالمادة (١٣)__:-

والتي نصت " على جميع الوحدات أن تراعي عند كل تعيين جديد ضرورة استكمال نسبة ٥٪ المحددة لتشغيل المعوقين حسبما نص عليها القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ والمعدل بالقانون رقم ٤٩ لسنة ١٩٨٢ ويقوم الجهاز المركزي للتنظيم والإدارة باحتجاز ٥٪ من أعداد ومسميات الوظائف التي يصرح بالإعلان عن شغلها لتعين المعوقين عليها في تاريخ موحد ودفعة واحدة في كل وحدة من الوحدات الإدارية للدولة.. " وبعد أن عرضنا أمام سيادتكم خلاصة مجموعة من القوانين والتشريعات المصرية والتي أصدرت بشأن المعاقين والتي كانت تهدف إلى توضيح

دور الدولة في رعاية وتأهيل المعاقين، أنه لا يؤسفني أن أجد أن هناك الكثيرون ينسون أن هذه الفئة من حقها أن تحيا حياة كريمة طبيعية مثلها مثل باقي البشر العاديين بل وقد كفلت الدولة رعايتهم وتأهيهم وحمايتهم كما أن رعاية وتأهيل هذه الفئة ليست من واجب الدولة وحدها بل من واجب المجتمع كله أن يتكاتف لحل مشكلات هذه الفئة والعمل على دمجهم في المجتمع واستغلال ما تبقي لهم من قدرات تمكنهم من العمل والسير على الدرب الصحيح ليكونوا نافعين لأنفسهم ولوطنهم العزيز وفيما يلي عرض بسيط للجهات والمؤسسات التي تقدم خدماتها لهذه الفئة.

الجهات والمؤسسات التي تخدم المعاقين:

أما بالنسبة للجهود المبذولة في الدولة والمتمثلة في الجهات والمؤسسات والوزارات في تقديم الخدمات والتسهيلات للمعاقين كل في نطاق اختصاصه على النحو الآتي :

١- **جهاز الشباب والرياضة :**

والذي يعني بتوفير البرامج والأنشطة الرياضية الخاصة بفئة المعاقين والمتمثلة في مراكز الشباب والأندية بالإضافة إلى الاتحاد العام للأندية أبطال المعاقين.

٢- **وزارة الشئون الاجتماعية :**

وتعد وزارة التأمينات والشئون الاجتماعية هي أكثر الوزارات المعنية بتقديم خدمات للمعاقين منذ عام ١٩٣٩م وحتى الوقت الحاضر وهي تأخذ على عاتقها التوسع في نشر خدمات تأهيل المعاقين فهي تقترح التشريعات الخاصة بالمعاقين، كما تقوم بإعداد مكاتب ومراكز التأهيل الاجتماعي لتقديم الخدمات للمعاقين، كما تقوم بقيادة قطاع كبير من النشاط الأهلي في مجال رعاية وتأهيل المعاقين ونعني به " الجمعيات الأهلية والتي زاد دورها بصورة واضحة في الأيام الحالية وحسب إحصاءات اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة بالمعوقين قد

بلغ عدد الجمعيات الأهلية التي تعمل في مجال رعاية وتأهيل المعاقين في مصر في أول يناير ٢٠٠٢ عدد (٣٧٠) جمعية تعمل جميعها على العمل بقدر إمكاناتها لخدمة هؤلاء الفئة بتقديم خدمات اجتماعية ونفسية وتأهيلهم مهنياً مع تقديم كافة الأنشطة الرياضية والترويحية كما تسعى الكثير من هذه الجمعيات إلى التطرق لحل مشكلة البطالة وعدم التشغيل لهذه الفئة بعد تأهيلهم مهنياً لإلحاقهم بالأعمال المناسبة لقدراتهم داخل مؤسساتها مما يكون له الدافع الفعال والإيجابي لهذه الفئة وقد تعايشاً مع هذه التجربة داخل الجمعية النسائية بجامعة أسيوط للتنمية والتي تعمل على تأهيل المعاقين تأهيلاً مهنياً فعالاً ثم تقوم بتشغيلهم داخل الجمعية.

هذا بخلاف وحدات الرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية بجانب البحوث والدراسات التي تقوم بها الجمعيات الأهلية في كثير من برامجها من ندوات ومؤتمرات ودراسات.

٣- **وزارة القوى العاملة** :

والتي من شأنها تطبيق مواد القانون الخاص بتشغيل المعاقين (نسبة ٥٪) كما من شأنها دراسة الأحوال الاقتصادية ومعرفة الأعمال التي تتناسب وتصلح للمعوقين وتوجه المعاقين إليها وتؤهلهم لها.

٤- **وزارة التربية والتعليم** :

والتي من شأنها أيضًا فتح فصول التربية الخاصة بأنواعها المختلفة (تربية فكرية – مدارس النور للمكفوفين – مدارس الأمل للصم والبكم) وفصول ملحقة أيضاً بمدارس التربية والتعليم وقد نجد أن هناك بعض المحافظات والمدن تخلو من فصل ملحق أو مدرسة خاصة لهذه الفئات قد تكون هذه المحافظات والمدن في أمس الحاجة لفصل أو مدرسة داخلها لتدريب وتعليم وتأهيل هذه الفئة.

٥- وزارة التعليم العالي والبحث العلمي :

والتي تقوم بتقديم مجموعة من التسهيلات الخاصة بالمعاقين كقبول المعاقين الناجحين من الثانوية العامة إلى الجامعة بحد أدنى ٥٠٪ من درجات الثانوية العامة بكليات (التجارة – الآداب– الحقوق)، كما تقوم بعمل مؤتمرات وبحوث علمية في هذا الشأن.

٦- وزارة الصحة والسكان:

الاكتشاف المبكر للإعاقة والتدخل العلاجي المبكر وتقديم مجموعة من حملات التطعيم ضد الأمراض المؤدية إلى الإعاقة والتأمين الصحي ومدارس التربية الخاصة.

٧- وزارة الدفاع :

وقد تُعنى هذه الوزارة بحالات الإعاقة المتولدة عن الحروب (المحاربون القدماء).

وبالنظر إلى هذا الكم من البرامج والخدمات والمؤسسات قد يوحي بأنه قد حقق فائضاً في الخدمات. ولكن الحقيقة أن مجموع هذه الخدمات لم تصل إلى المستوى المناسب بعد لا على مستوى الكم ولا على مستوى الكيف . ويكفي أن تشير إلى الاستراتيجية المقترحة من قبل المجلس القومي للأمومة والطفولة بالتعاون مع وزارة الصحة والسكان ومراكز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمجلس الوزراء هذه الوثيقة التي أصدرت في يوليو٢٠٠٤ لوضع قضية الإعاقة على أجندة العمل القومي فقد جاء في أهدافها الإستراتيجية هدفان هما :

١- تجميع وتكوين صورة حقيقية عن واقع الإعاقة والمعوقين في مصر واتجاهات هذه الصورة في المستقبل.

٢- تحقيق زيادة مناسبة لا تقل عن ٢٠٪ من حجم الخدمات الوقائية والعلاجية المقدمة للتصدي لمشكلة الإعاقة.

بحيث يتحقق في عام ٢٠١٧ تغطية ٥٠٪ من الفجوة على الأقل ومن هنا نجد أنه أمامنا طريق طويل ويلزمنا جهود كثيرة في هذا الاتجاه وعلى جميع الجهات المعنية التصدي لهذه الظاهرة والعمل على تكاتف الجهود الدولية والمحلية في رفع المعاناة التي تعاني منها أسر هؤلاء المعاقين في المجتمع حيث أن الخدمة لم تصل حتى الآن إلى أكثر من واحد ونصف في المائة من إجمالي عدد المعاقين حيث أن الإحصائيات تشير إلى أن عدد المعاقين بمصر يقدر بنسبة ١٠٪ من إجمالي السكان أي أن عدد المعاقين بمصر حوالي ٧ مليون معاق أي أن هناك أكثر من ٥ مليون معاق لم تصل إليهم الخدمة كما أن عدد المدارس الفكرية التابعة لوزارة التربية والتعليم غير كافي لسد حاجة أعداد المعاقين ذهنياً بالجمهورية.

المشكلات التي تواجه المعاقين في ظل التشريعات الوطنية :

تظافرت الجهود لوضع دستور لخدمة هذه الفئات وحماية حقوقهم وبالبحث والدراسة والاطلاع وُجد الآتي:-

١- أن النسبة الغالبة من المعاقين وهي حوالي ٨٨٪ يعانون من النظرة السلبية للمعاق باعتباره المشكلة التي تواجه الأغلبية العظمى.

٢- ونسبة ٣٢,٩٪ يجدوا صعوبة في حصول المعاق على فرصته في التعليم نظراً لعدم وجود فصول أو مدارس للمعاقين في منطقة إقامتهم أو قريبة منهم.

٣- كما أن هناك مشكلة من أهم المشاكل التي تواجه المعاقين وهي غياب مظلة التأمين الصحي التي تضمن لهم توفير الرعاية الصحية الخاصة في حين أن هناك الكثير من المعاقين تتطلب حالتهم الصحية انفاقاً دائماً أو نفقات ضخمة في صورة دفعة واحدة أو علاجاً أكثر متخصصاً وكل هذا لا يتاح من خلال الإمكانيات العادية للخدمات الصحية المتاحة.

٤- كما أنه لا يزال المعوقين يواجهون ظروفاً صعبة وظروفاً قاسية في ظل تنامي معدلات البطالة عموماً وتقليص القطاع الخاص حيث أفضى تضخم القطاع

الخاص إلى تنامي نفوذ رجال الأعمال ومن ثم ظهرت مخاوف بشأن مدى التزامهم بتعيين ٥٪ من المعاقين في مؤسساتهم وفقا للقانون ٤٩ لسنة ١٩٨٢ والمعدل بالقانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعاقين حيث فضل أصحاب الأعمال دفع الغرامات المالية على تعيين المعاقين في مؤسساتهم.

التوصيات :-

١- تبني جميع الجمعيات والهيئات العاملة في هذا المجال كل ما يخرج به المؤتمر من توصيات والعمل على تفعيلها كلاً في اختصاصه فإن قمنا بتنفيذ توصيات أحدى المؤتمرات المعنية بالمعاقين لتغلبنا على أكثر من ٥٠٪ من حجم المشكلة.

٢- مشاركة الإعلام المسموع والمرئي والمقروء للعمل على توعية المجتمع بحقوق هؤلاء الأفراد وكيفية التعامل معهم والعمل على اكتشاف الإعاقة في صورة مبكرة.

٣- مشاركة الجهات التشريعية من أعضاء مجلس الشعب والمحاكم الإدارية العليا للعمل على تفعيل القوانين الخاصة بالمعاقين والعمل على وجود آلية رصد لكل هؤلاء تعمل على متابعة خط سير العمل ومسائلة كل من يقصر في هذا الشأن عن طريق جزاء إداري رادع .

٤- مطالبة صناع القرار لزيادة الاهتمام بالمعاقين في جميع المنظمات الحكومية وغير الحكومية.

٥- تشكيل لجنة من خلال الجمعيات والمنظمات الحكومية والغير حكومية بتفعيل التشريعات والقوانين التي من شأنها خدمة المعاقين.

٦- مخاطبة وزير الداخلية لعمل بطاقة خاصة بالمعاقين ذهنياً لإدراج بند جديد للبطاقة الشخصية لإثبات نسبة الإعاقة تحت إشراف لجنة متخصصة طبياً (

الكومسيون الطبي) تحت إشراف السجل المدني لإقرار نسبة الإعاقة رسمياً ويعمل بهذه البطاقة في كل من التجنيد ليعفي المعاق ذهنيًّا دون كشف طبي .

ملحــق

نماذج للقوانين والقرارات بشأن المعاقين ورعايتهم

اسم القانون	توضيح
١- قانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعاقين	ضم القانون مجموعة من المواد بشأن رعاية وتأهيل المعاقين بالجريدة الرسمية في ٣ يوليو سنة ١٩٧٥ العدد ٢٧
٢- قرار وزاري رقم ٢٥٩ بتاريخ ٢٠ مايو ١٩٧٦ اللائحة التنفيذية للقانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعاقين	يضم هذا القرار عشرون مادة في شأن الخدمات التي تؤديها الدولة للمعاقين من علاج طبيعي وأجهزة تعويضية واختص من ينوي هذه الخدمة [1].
٣- قانون رقم ٤٩ لسنة ١٩٨٢ بشأن تعديل قانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعاقين	حيث ضم هذا القانون استبدال المواد ٩، ١٠، ١٥ ،١٦ من القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعوقين بالجريدة الرسمية في ٢٦ يونيه سنة ١٩٨٢ العدد ٢٥ مكرر.
٤- قانون رقم ١٢ لسنة ١٩٩٦ بشأن أحكام حماية الطفل – الباب السادس	خصص هذا القانون في أحد أبوابه (الباب السادس) تحت عنوان رعاية الطفل المعاق تأهيل ضم ١٢ مادة تنص على رعاية المعاقين طبياً ونفسيا واجتماعياً وتشغيلهم بالنسبة المقررة.
٥- قانون العاملين المدنين	ضمت هذه المادة والتي ألزمت جميع

[1] علي عبده محمود، مرشد جمعيات رعاية وتأهيل المعوقين في مجال التشريعات، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة ج .م .ع مارس ١٩٩٤م.

بالدولة قانون رقم ٤٧ لسنة ١٩٨٧ مادة"١٣" باللائحة التنفيذية له.	الوحدات الحكومية باستيفاء النسبة المقررة من تشغيل المعاقين نسبة ٥٪ بقانون رقم ٤٧ لسنة ١٩٨٧ بنظام العاملين المدنيين بالدولة طبقاً لأحدث القوانين المعدلة الطبعة العشرون سنة ٢٠٠٢ المطابع الأميرية
٦- قرار وزير التنمية الإدارية قرار رقم ٦٩١ لسنة ٢٠٠١ بشأن قواعد وإجراءات تعيين المعاقين بالوظائف المخصصة لهم بوحدات القطاع الحكومي .	صدر هذا القرار من السيد وزير الدولة للتنمية الإدارية لسنة ٢٠٠١ والذي نص في مواده على ١٠ مواد بشأن تنظيم إجراء تعيين المعاقين المعنيين ضمن نسبة الإلزام ٥٪ في القطاع الحكومي بالدولة.

تيسيرات بالقوانين والقرارات الوزارية بشأن المعاقين [٢]

١- تشغيل المعاقين الحاصلين على شهادات تأهيل بالقطاعين العام والحكومي مادة رقم ٩ بقانون ٣٩ لسنة ١٩٧٥ والمعدلة بالقانون ٤٦ لسنة ١٩٨٢م.

٢- إعفاء المعوق الحاصل على شهادة تأهيل من شرط اللياقة الصحية بالمادة ١٢ قانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥م.

٣- إلزام الدولة بتشغيل نسبة ٥٪ من وظائف الجهاز الإداري للدولة من المعاقين مادة رقم ١٤ بالقانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ قرار وزير الشئون الاجتماعية ١٣٥ لسنة ١٩٨٤م بتحديد هذه الوظائف.

---

[١] د / عبد الحي محمود حسن صالح : متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٩، الطبعة الأولى.

٤- منح المعوق رخصة قيادة طبقاً للشروط الواردة بالمادة ٢٩٥ من اللائحة التنفيذية لقانون المرور والتي تجيز الترخيص للمعوقين برخصة قيادة سيارة خاصة (ملاكي).

٥- إعفاء السيارات والدراجات البخارية من الجمارك بالمادة الثانية من القرار بقانون ١٨٦ لسنة ١٩٨٦ والتي تنص على إعفاء المعوق من الضرائب الجمركية.

٦- دخول المسارح بالمجان بكتاب المراقبة العامة للعلاقات العامة بالمجلس الأعلى للثقافة بتاريخ ١٩٨٠/٨/١٣ لوزارة الشئون الاجتماعية بمنح المعوق بطاقة دخول مجانية لجميع المسارح التابعة لقطاع الثقافة.

٧- إعفاء المعوقين المصريين من أي رسوم لدخول المناطق بالمتاحف الأثرية بناءاً على موافقة السيد الدكتور / رئيس هيئة الآثار المصرية المبلغة لكافة الجهات المعنية بكتاب السيد / رئيس الإدارة المركزية للشئون المالية بالهيئة رقم ٧١٤ بتاريخ ٢٠/٤/ ١٩٨٦م.

ثانيًا: تأهيل المعاقين في المملكة العربية السعودية

إن خدمات تأهيل المعوقين ورعايتهم في المملكة - شأنها في ذلك شأن أي برنامج تنموي في كافة قطاعات الدولة - نالت اهتماماً كبيراً من لدن خادم الحرمين الشريفين - يحفظه الله - وحكومته الرشيدة، فقد شهدت السنوات العشرون الماضية توسعاً رأسياً وأفقياً كبيراً في هذا المجال، حيث قفزت أعداد مراكز تأهيل المعوقين من اثنين فقط قبل عام ١٤٠٢هـ لتصل إلى ستة وعشرين مركزاً للتأهيل ومؤسستين لرعاية الأطفال المشلولين، يقدم من خلالها لهذه الفئة كل أنواع الرعاية والعناية والتأهيل.

ويندرج هذا على الإعانات التي تضاعفت في سنوات الخير والنماء إلى أرقام تجل عن الحصر، علاوة على أن رعاية المعوقين وتأهيلهم التي تعنى بها الإدارة العامة للتأهيل في الوكالة أخذت منذ عام ١٤١٠هـ منحى جديداً حيث استحدثت الرعاية النهارية لتكون أحد الأطر التي تقدم من خلالها الرعاية النهارية تبعها في ذلك إشراك القطاع الخاص في تقديم هذه الخدمة لفئة المعوقين حيث بدأ في أواخر العقد الثاني من هذا العهد الزاهر منح التراخيص لمراكز الرعاية النهارية الأهلية للمعوقين ليبلغ عدد المراكز التي تم تراخيص حتى نهاية هذين العقدين المضيئين ١٦ مركزاً أهلياً.

الإدارة العامة للتأهيل:

هي إحدى الإدارات العامة بوكالة الوزارة للشؤون الاجتماعية وتعنى بالتخطيط والإشراف والمتابعة لجميع ما يقدم للمعوقين من خدمات من قبل وزارة العمل والشؤون الاجتماعية. والتأهيل: - كما عرفه نظام رعاية المعوقين الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/٣٧) وتاريخ ١٤٢١/٩/٢٣هـ عملية منسقة لتوظيف الخدمات

الطبية، والاجتماعية، والنفسية، والتربوية، والمهنية؛ لمساعدة المعوق في تحقيق أقصى درجة ممكنة من الفاعلية الوظيفية، بهدف تمكينه من التوافق مع متطلبات بيئته الطبيعية والاجتماعية، وكذلك تنمية قدراته للاعتماد على نفسه وجعله عضواً منتجاً في المجتمع ما أمكن ذلك .

أهداف الإدارة العامة للتأهيل:

تهدف الإدارة العامة للتأهيل إلى توفير الخدمات التأهيلية والاجتماعية المتكاملة لجميع فئات المعوقين سواء كانت إعاقاتهم ذهنية أو حسية أو حركية على اختلاف درجاتها بسيطة أو متوسطة أو شديدة، وتتفاوت هذه الخدمات بتفاوت أنواع الإعاقات ودرجة شدتها ما بين إيوائية وتأهيلية علاجية أو مهنية وذلك وفقاً لأحدث الأساليب المعاصرة، مع إقرار إعانة مادية سنوية تتناسب مع درجة الإعاقة لمن لا تنطبق عليهم شروط الإيواء أو من يتعذر إيواؤهم أو أولئك الذين ترغب الأسر في رعايتهم.

مهام الإدارة العامة للتأهيل:

تتولى الإدارة العامة للتأهيل عدداً من المهام لتحقيق أهدافها من أهمها :

(١) اقتراح الخطط والبرامج والنشاطات الخاصة بمراكز رعاية المعوقين وتأهيلهم بالتنسيق مع الإدارات المختصة.

(٢) التأكد من تقديم الخدمات المطلوبة للمعوقين وتقويمها.

(٣) وضع قواعد تأهيل المعوقين وأسسه وإجراءاته.

(٤) العمل من أجل تشجيع مبدأ التعاون بين أسرة المعوق ومراكز التأهيل.

(٥) دراسة الإعانات الخاصة بأسر المعوقين وإقرارها وفقاً للوائح والأنظمة.

(٦) تزويد مراكز التأهيل بخطط خدمات المعوقين وبرامجها وقواعد العمل بها وإجراءاته .

(٧) التنسيق بين الأجهزة الصحية في الدولة لتأمين الرعاية الصحية الكاملة للمعوقين وفقاً لاحتياجات كل منهم.

(٨) التنسيق مع وزارة الخدمة المدنية ومكاتب العمل ومكاتب التوظيف الخاصة لإيجاد فرص العمل للمؤهلين مهنياً من المعوقين.

(٩) تلقي تقارير مكاتب الشؤون الاجتماعية ومكاتب الإشراف ومراكز التأهيل الخاصة بالمعوقين والعمل من أجل تحقيق مقترحاتها.

(١٠) تبني المقترحات الخاصة بتطوير خدمات المعوقين وبرامج تأهيلهم.

(١١) الإشراف على الإدارات والأقسام والمراكز التابعة لها والعمل من أجل التنسيق فيما بينها ضماناً لتحقيق الأهداف.

الإدارات التابعة للإدارة العامة للتأهيل :

يتبع الإدارة العامة للتأهيل ثلاث إدارات هي :

أولاً: إدارة التأهيل الاجتماعي:

وتختص بكافة الإجراءات الإدارية والفنية المتعلقة بالمستفيدين من الخدمات الإيوائية في المراكز والمؤسسات التأهيلية وطلبات المعوقين الراغبين في الحصول على خدمات الرعاية الاجتماعية وبرامجها أو المساعدات المالية .

ثانياً: إدارة التأهيل المهني:

وتختص بمتابعة الإجراءات المتعلقة بتعليم المشلولين والتأهيل المهني للمعوقين (جسمياً أو حسياً أو عقلياً) على أنسب المهن لقدراتهم المتبقية بعد العوق والعجز

وتوظيفهم، وذلك لتحقيق الأهداف الإنسانية والاجتماعية والاقتصادية وتحويلهم إلى أفراد منتجين قادرين على التفاعل والتكيف في المجتمع تكيفاً اجتماعيًا ونفسيًا سليمًا يتيح لهم الاندماج والمشاركة وتأكيد الذات في محيطهم الأسري والاجتماعي بتدريب المعوقين الصالحين لذلك ومتابعة تدريبهم سواء داخل المراكز أو خارجها .

ثالثًا :إدارة التأهيل الأهلي:

وتختص بدراسة كافة ما يتعلق بمراكز الرعاية النهارية والمنزلية أو مراكز التأهيل التي يتم إنشاؤها أو الإشراف عليها من قبل القطاع الخاص سواء كان هذا القطاع منشأة فردية أو جمعية خيرية أو لجنة أهلية.

كما تعنى إدارة التأهيل الأهلي بإصدار التراخيص اللازمة لإنشاء مراكز التأهيل الأهلية سواء كانت مراكز رعاية نهارية أو مراكز إيوائية وتتولى الإشراف عليها متا بعتها والاطلاع على برامجها وأنشطتها ومستوى ما تقدمه من خدمات .

مراكز التأهيل الاجتماعي (لشديدي الإعاقة):

تختص هذه المراكز بإيواء حالات المعوقين من فئات شديدي الإعاقة غير القابلين للتأهيل المهني نتيجة شدة الإعاقة أو ازدواجية الإعاقات. وعدد مراكز التأهيل الاجتماعي في المملكة ثلاثة مراكز.

الفئات التي تقبل في مراكز التأهيل الاجتماعي على سبيل المثال لا الحصر :

(١) الإعاقات الجسمية الشديدة كالبتر المزدوج الشديد والشلل الرباعي أو الدماغي أو ضمور الأطراف.

(٢) ازدواجية الإعاقة مثل التخلف العقلي مع كف البصر أو التخلف العقلي مع الصمم والبكم أو الشلل مع كف البصر وغيرها من الإعاقات المزدوجة.

(٣) التخلف العقلي المتوسط أو الشديد.

(٤) أي من الحالات غير الصالحة للتعليم الخاص أو التأهيل المهني.

شروط القبول في مراكز التأهيل الاجتماعي:

(١) أن يكون المعوق سعودي الجنسية ويجوز قبول ١٠٪ من غير السعوديين بشرط ألا يكون هناك حالات مسجلة على الانتظار من السعوديين.

(٢) أن يثبت من الفحوص المختلفة عدم الصلاحية للتأهيل المهني.

(٣) أن تكون الحالة خالية من الأمراض السارية أو المعدية وألا يكون لديها اضطرابات نفسية أو عقلية تشكل خطرًا على نفسها أو على الآخرين .

الخدمات التي تقدم في مراكز التأهيل الاجتماعي :

(١) الإيواء الكامل الذي يتضمن المسكن والمأكل والملبس.

(٢) الرعاية الصحية الكاملة العلاجية والوقائية ، وتوفير العلاج الطبيعي المتكامل والتعاون مع المستشفيات المتخصصة في إجراء الفحوص الدقيقة والشاملة .

(٣) الرعاية النفسية.

(٤) الترويح وشغل أوقات الفراغ.

(٥) العلاج بالعمل.

(٦) العلاج الوظيفي.

(٧) جميع ما يحتاجه المعوق من خدمات وعناية خاصة.

مراكز التأهيل المهني:

وتختص بتأهيل المعوقين جسمياً أو حسياً أو عقلياً على المهن المناسبة لقدراتهم وتحويلهم من طاقات بشرية معطلة إلى أفراد منتجين قادرين على التفاعل مع إخوانهم من بقية أفراد المجتمع وذلك بتدريبهم على أي مهنة مناسبة. ويمكن التدريب بالمجتمع الخارجي وفقاً لبرامج وخطة تدريب مشتركة بين المراكز وجهات التدريب وذلك على المهن التي لا تتوفر بالمراكز. وكذلك دراسة طلب صرف المكافآت المستحقة للمتدربين والجهات التي تتولى الإشراف على تدريبهم وتأمين مستلزمات التدريب. ويوجد ثلاثة مراكز للتأهيل المهني في المملكة. وتشتمل مراكز التأهيل المهني الخاصة بالذكور والخاصة بالإناث على عدد من الأقسام والوحدات التي يتم فيها التدريب على المهن المناسبة للمعوقين منها : الكهرباء، والتجليد، والنجارة، والأعمال المكتبية، والآلة الكاتبة، والحاسب الآلي، والسكرتارية، والدهان، والنقش، والزخرفة، وتنسيق الحدائق، والخياطة، والتفصيل، والأشغال النسوية، وأعمال السنترال.. وغيرها. ويتم التدريب على هذه المهن في القسمين الرجالي والنسائي كل بحسب ما يناسبه وما يختاره.

الفئات التي تقبل في مراكز التأهيل المهني على سبيل المثال لا الحصر :

(١) فئة المعوقين جسمياً مثل المصابين ببتر في الأطراف العليا أو السفلى والمشلولين ومرضى القلب.

(٢) فئة الصم والبكم وفئة الصم وفئة البكم وفئة ضعاف السمع.

(٣) فئة المكفوفين وضعاف البصر.

(٤) فئة ناقهي الدرن.

(٥) فئة المعوقين عقلياً: التخلف العقلي البسيط والحالات المتحسنة من المصابين بالأمراض العقلية.

شروط القبول بمراكز التأهيل المهني:

(١) أن يكون من المعوقين جسمياً أو حسياً أو عقلياً، ويجوز قبول بعض حالات مزدوجي الإعاقة إذا اتضح إمكانية تأهيلهم وتشغيلهم بعد ذلك.

(٢) أن لا تقل نسبة الذكاء في جميع الفئات عن ٥٠ درجة.

(٣) أن يكون المعوق سعودي الجنسية ويجوز قبول نسبة لا تزيد على ١٠٪ من أبناء الدول العربية في حدود الإمكانات المتاحة.

(٤) أن يكون المعوق قد أكمل الخامسة عشرة من عمره وأن لا يتجاوز الخامسة والأربعين عند التقديم.

(٥) أن تثبت الحالة صلاحيتها للتأهيل المهني بالفحوص والدراسات المختلفة.

الخدمات التي تقدم في مراكز التأهيل المهني:

(١) التدريب المهني على مختلف المهن داخل المركز.

(٢) التدريب المهني خارج المركز على المهن غير المتوفرة داخلياً.

(٣) صرف مكافأة شهرية للمتدربين.

(٤) توفير الإقامة الداخلية لمن لا يتوفر له السكن في المدينة المقر للمركز، مع توفير الإعاشة والملابس والخدمات الصحية والاجتماعية وغيرها .

(٥) توفير البرامج الرياضية والترويحية في المراكز.

(٦) تقوم المراكز بالتعاون مع الإدارة العامة للتأهيل بتشغيل المتدربين الذين تم تأهيلهم، وذلك بالتنسيق مع الجهات المختصة والمعنية بالتوظيف.

(٧) تشغيل المؤهلين عن طريق افتتاح مشروعات فردية بدعم مالي إعانة لقيام المشروع، وذلك لبعض المهن التي يمكن ممارستها .

مراكز التأهيل الشامل:

وهي نمط من مراكز رعاية المعوقين وتأهيلهم يضم أقساماً للتأهيل المهني، وأقساماً للتأهيل الاجتماعي لشديدي الإعاقة. وقد استحدثت هذه المراكز لتجميع الخدمات التأهيلية في وحدة واحدة تقدم خدماتها من مصدر واحد وتحت إشراف إدارة واحدة لجميع فئات المعوقين من الجنسين كل على حدة، وتقدم فيها جميع الخدمات والمزايا الواردة ضمن مراكز التأهيل الاجتماعي ومراكز التأهيل المهني وبنفس شروط القبول السابقة الخاصة بمراكز التأهيل الاجتماعي ومراكز التأهيل المهني مجتمعة. ويبلغ عدد مراكز التأهيل الشامل عشرين مركزاً موزعة على مختلف مناطق المملكة ويجري التوسع في إنشاء هذه المراكز لتغطي كافة الاحتياجات الإيوائية والتأهيلية للمعوقين.

مؤسسات رعاية الأطفال المصابين بالشلل:

وتختص هذه المؤسسات بتقديم الرعاية الطبية والصحية والاجتماعية النفسية والتعليمية للأطفال المشلولين ومن في حكمهم من المصابين بعاهات خلقية أو مرضية تعوقهم عن الحركة الطبيعية بهدف تنمية ما لديهم من قدرات وإعدادهم لتقبل إعاقاتهم والعمل من أجل تأهيلهم وتكيفهم اجتماعياً ونفسياً .

وتؤدي مؤسسات رعاية الأطفال المشلولين مهامها لخدمة هذه الفئة عن طريق وسائل وسبل متعددة تكفل توفير الرعاية السليمة التي تتفق مع احتياجاتهم وظروف إعاقاتهم وذلك من خلال الآتي:

أ) الرعاية المؤسسية:

يلقى الأطفال المشلولون داخل مؤسسات رعاية الأطفال المشلولين بجانب الإيواء الكامل برامج الرعاية الاجتماعية الشاملة وخدمات العلاج الطبيعي والعناية الشخصية بالإضافة إلى البرامج الثقافية والرياضية المناسبة والبرامج الترفيهية، وكذلك إجراء العمليات الجراحية لدى المستشفيات المتخصصة، كما يستفيد من خدمات العلاج الطبيعي وخدمات الرعاية الصحية في المؤسسة الأطفال المشلولون المقيمون لدى أسرهم.

ب) أطفال القسم الخارجي "الرعاية النهارية:

وهؤلاء الأطفال يتلقون إعانات مالية ويعيشون بين أهلهم وذويهم إلا أنهم يحضرون إلى المؤسسة يوميًّا للاستفادة من الخدمات التعليمية والتأهيلية في المؤسسة .

جـ) برنامج إعانات الأطفال المصابين بالشلل:

من المُسلَّم به أن الرعاية الأسرية أفضل وأجدى من الرعاية المؤسسية، لذا فإنه يستحسن أن يظل الطفل المصاب بالشلل في رعاية أسرته الطبيعية متى ما توفرت لديها إمكانات رعايته والاستعداد الكامل لإشباع احتياجاته وذلك كي يبقى الطفل متمتعاً بالحنان الطبيعي في محيط أسرته.

وتمكينًا لأسر الأطفال المشلولين من توفير احتياجاتهم فإن الدولة تقدم إعانات مالية لهذه الأسر حسب حالة الطفل وحاجة أسرته. وقد بدأت خدمات هذا البرنامج في ١٣٩٩/١٢/١هـ.

وبما أن المملكة العربية السعودية قد قطعت أشواطًا كبيرة - ولله الحمد - في جهودها الرامية إلى القضاء على شلل الأطفال حيث بدأ من خلال الإحصائيات التي تقدمها وزارة الصحة انحسار هذا النوع من الإعاقة لدى أبنائنا نتيجة هذه الجهود وما يتمتع به المجتمع من وعي صحي متنامٍ فإن مؤسسات رعاية الأطفال

المشلولين لا تعد مؤسسات إيوائية بالمعنى الذي نشهده في مراكز التأهيل وهو ما جعل أعداد المقيمين فيها تقل كثيرًا عمًّا لدى هذه المراكز.

شروط القبول بمؤسسات رعاية الأطفال المشلولين :

(١) أن يكون الطفل سعودياً ولا يقل عمره عن ثلاث سنوات ولا يزيد على ١٥ سنة.

(٢) أن يكون الطفل مشلولاً أو مصاباً بعاهة خلقية أو مرضية تعوقه عن الحركة الطبيعية.

(٣) أن تثبت الفحوص الطبية والبحوث الاجتماعية والنفسية حاجته لخدمات المؤسسة.

الرعاية النهارية :

وتعنى بتقديم خدمات وبرامج متنوعة لحالات شديدي الإعاقة خلال فترات محددة من اليوم تشتمل على برامج اجتماعية ونفسية وصحية وترويحية وتدريبية، إلى جانب برامج الإرشاد والتثقيف الأسري حسب احتياج كل حالة ووفق خطط فردية مدروسة.

مراكز وأقسام الرعاية النهارية :

بدأت خدماتها في العام الأول من خطة التنمية الخمسية الخامسة ١٤١٠/١٤١١هـ، حيث افتتح أول مركز منها في الرياض. وتقدم مراكز وأقسام الرعاية النهارية برامج الرعاية والتأهيل المناسبة للمعوقين الذين تقل أعمارهم عن ١٥ سنة خلال ساعات النهار من علاج طبيعي ووظيفي وتدريب على مختلف المهارات الحياتية إلى جانب تقديم برامج تثقيف وإرشاد أسري مكثفة لأسر المعوقين وغيرها. وقد أنشئت هذه المراكز لتكون واحداً من البدائل عن الرعاية

المؤسسية وحددت خلال ساعات النهار في الفترة الصباحية لتخفيف العبء عن كاهل بعض أسر المعوقين غير القادرة على توفير رعاية مناسبة لأبنائهم خلال هذا الوقت، أو العاملين والعاملات الذين لا يستطيعون توفير الرعاية لأبنائهم أثناء ساعات الدوام الرسمي. ويبلغ عدد مراكز وأقسام الرعاية النهارية موزعة على مختلف مناطق المملكة. في حين تم الترخيص لـ ١٥ التي تشرف عليها الوزارة مما يتبعها ويتبع اللجان الأهلية في مراكز الخدمة والتنمية الاجتماعية حتى الآن ١٥ مركزاً أهلياً للرعاية النهارية في بعض مناطق المملكة.

رابعًا: الإعانات المالية والعينية :

من المعروف أنه يفضل - اجتماعياً وتربوياً - أن تتم رعاية المعوق داخل أسرته الطبيعية التي تهيئ له الحضانة والجو الأسري الطبيعي إذا توفرت لديه مقومات الرعاية السليمة.

وسعياً إلى توفير الرعاية المناسبة لهؤلاء المعوقين لدى أسرهم فقد رصدت الدولة إعانات مالية تصرف لأولياء أمورهم وفقاً لمعايير معينة مع خضوعهم للإشراف والتتبع السنوي من المختصين للتأكد من توفير أقصى رعاية ممكنة لهم.

ويتم صرف هذه الإعانات لفئات المعوقين الذين يتعذر إلحاقهم بالمراكز أو ترغب أسرهم في رعايتهم، ويتفاوت مقدار الإعانة حسب نوع الإعاقة ودرجتها، حيث يتراوح المبلغ بين (١٠٠٠- ٨٠٠٠) ريال سنوياً، كما يتم تقديم إعانات عينية تتمثل في صرف كراسي متحركة للمعوقين المحتاجين لها، وكذلك تكاليف تعديل عجلة قيادة السيارة للمعوق من عادية إلى آلية.

خامساً : إسهامات الجمعيات الخيرية والمؤسسات الأهلية في مجال خدمة المعوقين:

تنهض الجمعيات الخيرية في المملكة العربية السعودية بمسؤولياتها وتقدم إسهامات رائدة ومتميزة في مجالات العمل الأهلي الخيري والتطوعي مستمدة من تعاليم ديننا الحنيف الذي يدعو إلى التكافل ويحث على فعل الخير والبر والإحسان ومد يد العون إلى المحتاجين .

وتحظى هذه الجمعيات بدعم الدولة وتشجيعها ورعايتها لتمكينها من تقديم خدماتها التي تسير جنباً إلى جنب مع خدمات الدولة وتعمل تحت إشرافها ورعايتها ودعمها.

ولقد امتدت إسهامات الجمعيات الخيرية إلى :

(١) مساحة الخدمات الاجتماعية وأعمال البر المختلفة التي يمكنها من خلالها أن تقوم بأعمالها الموكلة إليها وتؤدي مهامها المنوطة بها وفق ما رسم لها من أهداف.

(٢) الإسهام الفاعل في خدمة فئة المعوقين تمشياً مع ما ورد في النظام الأساسي للحكم في مادته (٣٧) التي ورد ضمنها ما نصه "تشجيع الأفراد على الإسهام في الأعمال الخيرية.

وقد نالت الجمعيات الخيرية حظًّا وافرًا من الدعم المادي والمعنوي من الدولة والمواطنين على حد سواء، مما أتاح لها فرص الانطلاق والسير بخطوات ثابتة وجادة وحثيثة آت ثمارها الملموسة بحمد الله.

هذه الجمعيات تقدم برامج خدمية متنوعة ومشروعات اجتماعية ونشاطات دينية وثقافية وصحية وتربوية مختلفة، وقد أولت الجمعيات الخيرية رعاية المعوقين وتعليمهم وتأهيلهم وتدريبهم عناية خاصة، وسعت إلى مساعدتهم على ممارسة مهامهم ليكونوا أعضاء نافعين مشاركين في مسيرة المجتمع كل حسب قدراته وإمكاناته بعد توفير فرص العيش الكريم لهم، واستطاعت الجمعيات الخيرية

القيام بإنجازات متعددة في هذا المجال. بل إن من هذه الجمعيات ما أنشئ حصراً لخدمة المعوقين بفئاتهم المختلفة ورعايتهم وتأهيلهم فانتشر هذا النمط من الجمعيات في مناطق ومدن مختلفة من المملكة إلى جانب جمعيات أخرى برزت في مجال خدمة المعوقين ورعايتهم وتأهيلهم.

تشغيل المعوقين:

انطلاقًا من سياسة المملكة العربية السعودية الهادفة إلى تيسير سبل رعاية المعوقين وتشغيلهم والاستفادة منهم طاقات وظيفية منتجة، وتوجيه المعوق المتخرج في مراكز التأهيل المهني نحو العمل الذي يتفق مع ما حصل عليه من تدريب، وما يتوفر لديه من قدرات، إضافة إلى احتياجات سوق العمل في البيئة التي سيعمل فيها المعوق، والسعي إلى إيجاد فرص العمل المناسبة للمعوق المؤهل قدر الإمكان بما يتواءم مع تخصصه المهني وطبيعة إعاقته عن طريق إحدى القنوات التالية:

(١) العمل في المصالح الحكومية:

ويتم ذلك بالتنسيق مع وزارة الخدمة المدنية وفروعها القائمة بمختلف مناطق المملكة، وتولي الوزارة اهتماماً خاصاً بترشيح المعوق للعمل المناسب له بعد تخرجه في حدود الوظائف المتاحة.

(٢) العمل في القطاع الخاص :

ويكون ذلك - إذا رغب المعوق - بالتعاون بين مراكز التأهيل وفروع مكاتب العمل التي تبدي اهتماماً خاصاً بهذا الجانب. ويلزم نظام العمل والعمال كل صاحب عمل لديه (٥٠) عاملاً فأكثر تمكنه طبيعة العمل لديه من تشغيل المعوقين الذين تم تأهيلهم أن تكون نسبة ٢٪ من مجموع عدد عماله منهم. (والمقصود هنا بعبارة "تمكنه طبيعة العمل لديه" هو أن لا تكون الأعمال الخاصة لدى صاحب العمل في مجملها شاقة ولا تتفق مع ظروف الإعاقة التي

يعانيها المعوق). وبطبيعة الحال فإن عملية تشغيل المعوقين في المجتمع بصفة عامة ولدى القطاع الخاص تحديداً تعتمد على درجة الوعي الاجتماعي بظروف المعوقين وآمالهم وتطلعاتهم.

(٣) التشغيل عن طريق تنفيذ مشروع فردي :

وهذا الأسلوب قائم حالياً وتتجه الوزارة إلى التوسع في تنفيذه، حيث يتيح نظام التأهيل بالمملكة إمكانية تنفيذ مشروع فردي تأهيلي بمعونة تقدم لمن يتم تأهيله من المعوقين وتنطبق عليه الشروط.

المميزات التي يتمتع بها المعوقون في المملكة :

(١) منح المعوقين بطاقات تخفيض أجور السفر تتيح لهم الحصول على تخفيض في الأجور بنسبة ٥٠٪ للمعوق ومرافقه على وسائل النقل الحكومية المختلفة البرية والبحرية والجوية.

(٢) توفير الأجهزة التعويضية والمعينات السمعية والبصرية.

(٣) توفير كافة أنواع الرعاية بما في ذلك العلاج والأدوية مجاناً.

(٤) إتاحة فرص العمل للمعوقين كغيرهم.

(٥) تخصيص مواقف لسيارات المعوقين.

(٦) تجهيز الطرق العامة والحدائق والمتنزهات ومباني المؤسسات الحكومية والأهلية بما يلائم المعوقين ويسهل حركة تنقلاتهم.

(٧) توفير المؤسسات والمراكز التي تقدم كافة برامج الرعاية والتأهيل والتعليم للمعوقين.

(٨)   صرف إعانات مالية للأسر التي تتولى رعاية المعوق لمساعدتها على تقديم الرعاية اللازمة له .

مراجع الدراسة

أولا: المراجع العربية:

١. الاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم : تعليم الأصم اللغة وأشكال الاتصال الندوة الثانية

(دمشق : ٢٧- ٣٠ ابريل ١٩٨٠م).

٢.إسماعيل محمد حنفي الحاج :دور الإعلام في رعاية المعاقين ذهنياً ، أعمال المؤتمر العربي الأول: الإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية - جامعة أسيوط ١٤،١٣ يناير٢٠٠٤ (ص ١٨٥- ص٢٠١).

٣.إيمان السعيد السندوبى : دور مجلات الأطفال في تنمية القيم الاجتماعية لدى الأطفال المصريين ، دراسة مقارنة تطبيقية لمجلتي ميكى وسمير في الفترة ما بين ١٩٧٤- ١٩٧٩ ، ماجستير (جامعة القاهرة –كلية الإعلام)١٩٨٣ ٠

٤.سعاد حسين : حقوق الطفل المعاق ذهنياً بين الواقع والمأمول في محافظة بور سعيد في أعمال المؤتمر العربي الأول الإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية –جامعة أسيوط - ١٤،١٣ يناير ٢٠٠٣.

٥.عبد الحي محمود حسن صالح : متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية – دار المعرفة الجامعية ط١ – ١٩٩٩.

٦.عبد الفتاح أبو معال : أثر وسائل الإعلام على الطفل ، دار الشروق ١٩٩٧

٧.علي عبده محمود : مرشد جمعيات رعاية وتأهيل المعاقين في مجال التشريعات، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، ج.م.ع، مارس ١٩٩٤م.

٨.قانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٨٥ بالمطابع الأميرية.

٩.قانون رقم ١٢ لسنة ١٩٩٦ طباعة خاصة برئاسة مجلس الوزراء – المجلس القومي للطفولة والأمومة.

١٠. قانون رقم ٤٧ لسنة ١٩٧٨ والخاص بالعاملين المدنيين بالدولة الطبعة العشرون المطابع الأميرية.

١١. المجلس الاقتصادي والاجتماعي: العلاقة بين الحكومات ومنظمات المعوقين والمنظمات غير الحكومية، برنامج الأمم المتحدة، الدورة الاستثنائية الرابعة والعشرين، فبراير ٢٠٠٥م.

١٢. مدحت محمد أبو النصر : تأهيل ورعاية متحدي الإعاقة – ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، ٢٠٠٤م.

١٣. محمد سيد فهمي :السلوك الاجتماعي للمعاقين- دراسة في الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث ٠

١٤. محمد على كامل :المرجع الشامل للتدريبات العملية لتأهيل الأطفال المعاقين ذهنياً (دار الطلائع ٢٠٠٢)

١٥. مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار: الإستراتيجية القومية للتصدي لمشكلة الإعاقة، ١٩٩٦م.

١٦. ميثاق الأمم المتحدة وحقوق الإنسان المعاق:المعوقين ومسئولية الحكومات والمنظمات الدولية والأهلية، تقرير اللجنة المشتركة بين برنامج الأمم المتحدة والبنك الدولي، ٢٠٠٣م، ص١٤.

١٧. نادية أديب، أحمد صلاح : دور مؤسسات المجتمع لدعم قضايا رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة (جامعة أسيوط : المؤتمر العربي الأول، الإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية، ١٣- ١٤ يناير ٢٠٠٤م) ص٢ .

١٨. نادية النحلي: الرعاية الاجتماعية للأشخاص المعوقين – دراسة مقارنة (الرباط : كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية، جامعة محمد الخامس، ١٩٩٧م) ص ١٥- ٣٠.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

19. Richard Keable , Ethics for Journalists, Routledge, London Newyork , 2001 pp90-93

20. DeGrouchy J and Turleau C. Clinical atlas of human chromosomes. Wiley medical publication. John Wiley and sons. New York, Toronto. 2^{nd} ed. 1983. pp70.

21. Tomlie JL. Down syndrome and other autosomal trisomies. In: Emery and Rimoin's principles and practice of medical genetics. Rimion DL, Conner JM, Pyeritz RE. 3^{rd} ed. 1996; ch 47: pp 925-971.

22. NDSCR: National Down Syndrome Cytogenetic Register. Wolfson Institute of Preventive Medicine. Barts and the London School of Medicine and Dentistry. Charterhouse Square. London 6BQ.

23. Hechet Hecht CA, Hook EB. Rates of Down syndrome at live birth by one-year maternal age intervals in studies with apparent close to complete ascertainment in populations of European origin: A proposed revised rate schedule for use in genetic and prenatal screening. Am J Med Genet 1996; 62:376-385.

24. Astete C, Youlton R, Castillo S, Be C, Daher V. Clinical and cytogenetic analysis of 257 cases of Down's syndrome. Rev. Chil Pediatr 1991; 62:99-102.

25. Palka G, Ciccotelli M, Sabatino G, Calabrese G, Guanciali Franchi P, Stppi L, Parruti G, DiVirigillo C, Di Sante O. Cytogenetic study of the heterochromatic polymorphism in 100 subjects with Down syndrome and their parents. Am J Med Genet Suppl 1990; 7: 201-3.

26. Freeman SB, Yang Q, Allran K, Taft LF, Sherman SL. Women with a reduced ovarian complement may have an

increased risk for a child with Down syndrome. Am J Hum Genet 2000; 66 :1680-1683.

27. Hassold TJ, Jacobs PA. Trisomy in man. Ann Rev Genet 1984; 18: 69-97.

28. Zheng CJ and Byers B. Oocyte selection : a new model for the maternal age dependence of Down syndrome. Hum Genet 1992;90:1-6.

29. Mutton D, Albertan E, Hook EB. Cytogenetic and epidemiological findings in Down syndrome, England and Wales 1989 to 1993. National Down Syndrome Register and the Association of Clinical Cytogeneticists. J Med Genet 1996; 33: 387-94.

30. Richards BW. Investigation of 142 mosaic mongols and mosaic parents of mongols: Cytogenetic analysis and maternal age at birth. J Ment Defic Res 1974; 18:199.

31. Pangalos C, Avramopoulos D, Blouin JL. Understanding the mechanism(s) of mosaic trisomy 21 by using DNA polymorphism analysis. Am J Hum Genet 1994; 54:475-581.

32. Vrijheid M, Dolk H, Stone D, Abramsky L, Alberman E, Scott JE. Socioeconomic inequalities in risk of congenital anomaly. Arch Dis Child 2000; 82:349-52.

33. Murdoch JC, Ogston SA. Characteristics of parents of Down's children and control children with respect to factors present before conception. J Ment Defic Res 1984; 28:177-187.

34. NIH Conference. Alzheimer's disease and Down syndrome: New Insights. Ann Intern Med 1985; 103:566-678.

35. Schupf N, Kapell D, Lee JH, Ottman R, Mayeux R. Increased risk of Alzheimer's disease in mothers of adults with Down's syndrome. Lancet 1994; 344: 353- 356.

36. McIntosh GC, Olshan AF, Baird PA. Paternal age and the risk of birth defects in offspring. Epidemiology 1995; 6:282-288.

37. Stoll C, Alembik Y, Dott B, Roth MP. Study of Down syndrome in 238,942 consecutive births. Ann Genet 1998; 41:44-51.

38. El-Mazni A and El-Temtamy SA. Some genetic aspects of congenital heart disease in Egyptian children. Gaz Egypt Paediatr Ass 1970;18:85-92.

39. Hammamy

40. Alfi OS, Chang R, Azen SP. Evidence for genetic control of non-disjunction in man. Am J Hum Genet 1980; 32:477-83.

41. Cereigo AI and Martinez –Frias ML. Consanguineous marriage among parents of patients with Down syndrome. Clin Genet 1993; 44: 221-2.

42. Hook EB, Cross PK, Mutton DE: Female predominance (low sex ratio) in 47,+21 mosaics. Am J Med Genet 1999;84:316-319.

43. Hay S, Barbano H. Independent effects of maternal age and birth order on the incidence of selected congenital malformations. Teratology 1972; 6:271-279.

44. Jyothy A, Kumar KS, Roa GN, Roa VB, Swarna M, Devi BU. Cytogenetic studies of 1001 Down syndrome cases from Andhra Pradesh, India. Indian J Med Res 2000; 111:133-7.

45. Stoll C, Alembik Y, Dott B, Roth MP. Epidemiology of Down syndrome in 118,265 consecutive births. Am J Med Genet Suppl 1990; 7:79-83.

46. Lejeune J, Gauthier M, Turpin R. Les chromosomes humanains en culture des tissues. CR Acad 1959; 248: 602-603.

47. Polani PE, Briggs JH, Ford CE. A mongol girl with 46 chromosomes. Lancet 1960; 1:721.

48. Clark CM, Edwards JH, Smallpiece V. 21 trisomy / normal mosaicism in an intelligent child with Mongoloid characteristics. Lancet 1961; 1:1028-1030.

49. Kovaleva NV, Butomo IV, Verlinskaia DK, Il'iashenko TN, Pantova IG, Prozorova MV, Khitrikova Ie, Shandlorenko SK. Karyological characteristic of Down's syndrome: clinical and theoretical aspects. Tsitologiia 1999; 41:1014-21.

50. Palliam LH and Huether CA. Translocation Down syndrome in Ohio 1970-1981: epidemiologic and cytogenetic factors and mutation rate estimates. Am J Hum Genet 1986; 39: 361-70.

51. Grasso M, Giovamucci ML, Pierluigi M. Isochromosome not translocation in trisomy 21q21q. Hum Genet 1989;84:63-65.

52. Shaffer LG, McCaskill C, Haller V. Further characterization of 19 cases of rear (21q21) and delineation as isochromosomes or robertsonian translocation in Down syndrome. Am J Med Genet 1993 47; 957-963.

53. Robinson WP, Bernasconi F, Basarans. A somatic origin of homologous robertsonian translocation and isochromosomes . Am J Hum Genet 1994; 54:290- 302.